ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4e SÉRIE. — TOME III. — 1902

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent le 30 de chaque mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris : **30** fr. — *Départements et Union postale :* **32** fr.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

QUATRIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Associé national de l'Académie de médecine.

L. BROCQ
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

W. DUBREUILH
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE, CARLE, CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, L. DEKEYSER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM.

Dr G. THIBIERGE
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :
Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME III. — 1902

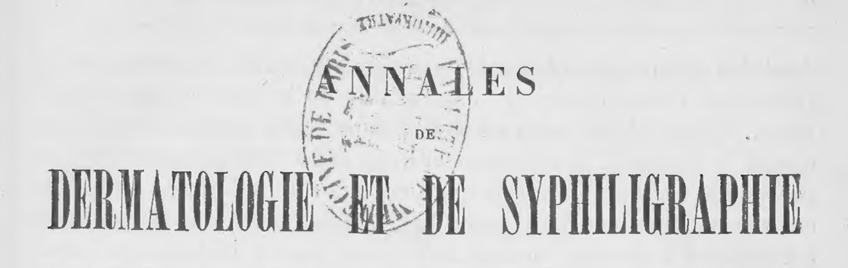
90153

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

MDCCCCII



ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉRYTHRODERMIE CONGÉNITALE ICHTHYOSIFORME AVEC HYPERÉPIDERMOTROPHIE

Par **L. Brocq**.

En 1881, pendant que nous étions l'interne de notre regretté maître E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, nous eûmes l'occasion d'examiner fort longuement un petit malade âgé de dix ans et demi, venu d'Amérique pour se faire soigner en France. Lorsqu'il entra dans le service, E. Vidal était en congé, et il était suppléé par Hillairet. Ce dernier posa immédiatement, sans la moindre hésitation, le diagnostic de *Séborrhée avec ichthyose*. Cela ne nous satisfit nullement ; car, outre la séborrhée et l'ichthyose, l'enfant avait une rougeur généralisée des téguments. Peu de temps après, le malade fut examiné par d'autres maîtres de l'hôpital, et on crut pouvoir diagnostiquer un pityriasis rubra pilaris, en se fondant sur la rougeur des téguments et sur une ponctuation noire péripilaire cornée qui existait à la face dorsale des phalanges des doigts. Ce fut sous cette étiquette que l'enfant fut moulé et que les moulages de la figure et du cou furent déposés au musée de l'hôpital Saint-Louis. Quand E. Vidal reprit le service, il accepta ce diagnostic, tout en regardant ce cas comme véritablement extraordinaire, et ce fut après l'avoir longuement examiné, et après avoir constaté chez cet enfant un accroissement des plus rapides des phanères, poils et ongles, qu'il crut devoir faire à la Société de biologie, le 22 avril 1882, une présentation de ce malade sous le nom d'*hyperépidermotrophie généralisée*.

Sur ces entrefaites nous avions été conduit à étudier de très près le pityriasis rubra pilaris, pour l'ensemble de nos travaux sur les éruptions généralisées rouges et desquamatives, et nous avions été frappé des profondes différences qui séparaient le cas dont nous venons de parler des pityriasis rubra pilaris typiques, différences

dont les principales étaient l'universalité totale, la pérennité de l'éruption, l'exagération si remarquable de la production des phanères. Il était donc resté un doute dans notre esprit, quand nous eûmes l'occasion d'observer en ville un cas à peu près analogue au précédent, chez un enfant de quatorze ans : il en différait cependant en ce que, dans son tout jeune âge, il avait présenté des poussées d'éruptions bulleuses, surtout aux pieds, mais à mesure qu'il avait grandi les bulles avaient graduellement diminué de fréquence, et, lorsque nous fûmes appelé à lui donner des soins, il n'en avait plus que de fort rares et à de fort longs intervalles. Pour tous les autres symptômes le tableau clinique était identique à celui du petit malade de l'hôpital Saint-Louis ; cependant la rougeur généralisée du derme était un peu plus accentuée chez lui.

Ces deux cas nous avaient déjà conduit à admettre qu'il pouvait bien y avoir là un type clinique à part : cette opinion est devenue peu à peu une certitude à mesure que nous avons pu observer les faits suivants.

En 1895, nous crûmes reconnaître un cas de la même série chez une malade présentée à la Société de dermatologie par MM. Hallopeau et Jeanselme, sous le nom d'ichthyose avec hypotrophie simulant une sclérodermie : nous laisserons cependant cette observation de côté dans le qui va suivre, car elle n'est pas assez nette pour entraîner la conviction.

Il n'en est pas de même du cas que Nikolsky a publié avec force détails en 1897 et qui constitue une belle et complète observation de ce type morbide. Nous la reproduirons in extenso dans ce travail à cause de son importance, et parce que les *Annales de dermatologie* ont malheureusement négligé d'en faire mention. C'est encore un cas à bulles.

Le 20 juin 1900 nous avons observé à notre consultation de l'hôpital Broca-Pascal un petit enfant de trois ans, atteint de la même dermatose congénitale avec bulles. Nous n'avons pas hésité un seul instant à la reconnaître et à porter le diagnostic d'une manière ferme. C'est cet enfant que nous avons présenté au Congrès de dermatologie d'août 1900, et grâce auquel nous avons pu devant cette assemblée affirmer l'existence de ce nouveau type morbide.

Mais en même temps, à la même réunion, nous avons vu des enfants présentés par notre excellent ami, M. le Dr Thibierge, sous le nom d'ichthyose fœtale, et nous avons pu nous convaincre qu'ils étaient atteints du même type morbide que celui que nous essayons d'établir, avec cette différence toutefois qu'ils n'avaient jamais présenté de bulles.

Il semble donc que l'on doive distinguer dès maintenant deux grandes variétés de cette dermatose, l'une primitivement compliquée

de formations bulleuses, l'autre n'ayant jamais présenté cette complication.

Nous allons tout d'abord reproduire les documents qui existent sur cette intéressante question.

PREMIÈRE CATÉGORIE DE FAITS.

Érythrodermies congénitales ichthyosiformes avec hyperépidermotrophie compliquées de bulles.

Obs. I. — (Observation communiquée au Congrès de 1900 et qui nous a permis d'établir ce type morbide; recueillie par M. Laubry le 20 juin 1900, à la consultation de l'hôpital Pascal.)

J. Roger, âgé de trois ans, nous est amené de province par sa mère pour une affection cutanée généralisée qu'il présente depuis son enfance.

Sa mère a toujours été bien portante. C'est son troisième enfant. Une petite fille est morte de convulsions à l'âge de quinze jours. Une autre fillette a maintenant onze ans, est fort bien portante, et n'a jamais eu de maladies cutanées.

Le père, âgé de trente-cinq ans, a quelquefois des migraines, il est atteint de prurit depuis quelque temps ; la mère ne peut pas nous donner de détails précis sur cette dermatose. Il n'y a aucun autre antécédent familial.

L'enfant est venu à terme, bien portant; il pesait 12 livres. Cependant dès sa naissance il présentait une rougeur vive qui parut anormale aux parents. On l'emmaillota immédiatement, et, trois heures après, au moment où on voulut le nettoyer, on remarqua de grosses bulles çà et là sur le corps, comme si l'enfant avait été brûlé avec de l'eau bouillante. Ces phlyctènes étaient affaissées et renfermaient peu de sérosité.

On vit ensuite la peau dans toute son étendue s'épaissir, devenir écailleuse, noirâtre; elle desquamait avec une telle intensité que le matin l'enfant semblait dans ses langes être plongé dans un bain de son.

Cet état persista jusqu'au mois de novembre dernier. A cette époque des bulles ont recommencé à se produire sur tout le corps, mais surtout sur les membres inférieurs, au niveau des points où l'épiderme est le plus épais et le plus noirâtre. Elles sont assez irrégulières, de grandeur variable, ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 5 francs. La mère a souvent assisté à leur entière évolution : elles mettent environ trois heures à naître et à se développer. Elles sont d'ordinaire isolées, beaucoup plus rarement confluentes, presque toujours aplaties, quelquefois cependant bien tendues, comme aux orteils où la mère les a vues nettement surélevées au-dessus du niveau de la peau saine et remplies de sérosité transparente, alors que les autres contiennent toujours de la sérosité louche.

Au bout de vingt-quatre heures les bulles sont remplacées par une croûtelle noirâtre, laquelle tombe au bout de quelques jours pour laisser à sa place une petite région de peau lisse, mais très rapidement cette région se recouvre de squames et devient semblable à la peau voisine.

Jamais l'enfant n'a éprouvé ni douleur, ni prurit au niveau des bulles.

La mère a remarqué depuis longtemps que les cheveux du petit malade poussent très vite : ils sont engainés à leur base de concrétions noirâtres très épaisses, adhérentes, qui nécessitent des soins journaliers. Les ongles poussent avec une rapidité remarquable, trois fois plus vite que chez sa sœur, d'après les constatations faites par la mère.

État actuel. — Au premier abord, dans son ensemble, l'enfant offre l'aspect général d'un ichthyosique. Sa peau est épaisse, noirâtre, squameuse ; mais en le regardant avec quelque attention on ne tarde pas à remarquer que les téguments sont manifestement beaucoup plus rouges qu'ils ne devraient l'être normalement.

Pieds. — Sur la face dorsale des pieds la peau offre une coloration générale noirâtre avec stries blanchâtres qui la sillonnent, et qui ne sont que les intervalles existant entre les squames. Par places, les squames sont moins épaisses ; la peau y apparaît rosée, plus rouge qu'à l'état normal : ce sont des points au niveau desquels des bulles se sont formées. En somme, l'aspect général est celui d'une peau de lézard.

La souplesse des téguments est moindre qu'à l'état normal, néanmoins ils ne sont nullement rigides. Quand on les gratte à la curette, on voit qu'ils sont recouverts d'une série de squames fines, adhérentes, superposées, et on arrive ainsi peu à peu sur une peau d'apparence presque saine.

Au cou-de-pied gauche se voit une exulcération superficielle suintante recouverte d'une croûtelle noirâtre. Cette exulcération existe depuis longtemps, et la mère l'attribue à la pression des bottines.

Jambes. — Sur leur face antérieure les squames sont épaisses, noirâtres, et constituent par leur stratification de nombreux petits mamelons accolés les uns aux autres de manière à former des rangées linéaires parallèles, séparées par d'assez profonds sillons transversaux. Cette disposition se voit surtout au voisinage de la rotule ; ailleurs la carapace se compose d'épaisses squames irrégulièrement arrondies, à contours plutôt polygonaux, dont les dimensions varient de celles d'un grain de mil à celles d'une lentille, et qui forment une véritable mosaïque.

Les creux poplités ne sont nullement indemnes comme dans l'ichthyose : la peau y est fortement rosée, et les saillies papillaires fort exagérées y forment des bandes plus ou moins parallèles.

La face postérieure des membres inférieurs est intéressée au même degré que leur face antérieure ; mais on y trouve en plus, vers la partie inférieure des jambes et moyenne des cuisses, des soulèvements de l'épiderme par de la sérosité louche opaline. Ces soulèvements ont des dimensions qui varient de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 2 francs. Leur forme générale est arrondie, mais leurs contours sont assez irréguliers : ils sont flasques et aplatis. A côté de ces soulèvements, qui sont au nombre de cinq à six sur les membres inférieurs, se voient des plaques rosées consécutives à des soulèvements bulleux analogues qui ont évolué, et au niveau desquelles la peau ne présente encore qu'une fine desquamation.

La plante des pieds est indemne.

Fesses. — C'est en ce point que les soulèvements bulleux sont le plus abondants. On en compte de sept à huit : les uns encore à l'état de phlyctène flasque remplie de liquide séro-purulent, les autres exulcérés, saignant

sous l'influence des frottements répétés auxquels la région est soumise.

Membres supérieurs. — Les lésions y ont le même aspect général qu'aux membres inférieurs, mais les squames y sont plus minces et comme filiformes; elles se détachent sous la forme de grains de semoule collés à l'épiderme; les plis du coude et le creux de l'aisselle sont le siège de lésions accentuées : la peau y est rosée, comme un peu épaissie; les saillies papillaires fort accusées.

Au tronc les squames sont bien plus fines qu'aux membres : elles sont presque furfuracées sur la partie antérieure du thorax, un peu plus épaisses au niveau de l'abdomen, encore plus stratifiées vers les lombes.

Au cou, elles sont encore plus accentuées, mais ce qui frappe surtout vers la nuque, c'est l'énorme saillie que font les papilles du derme, lesquelles, comme partout ailleurs, sont engainées de squames sèches et noirâtres : les lésions y donnent tout à fait l'impression d'une lime gigantesque.

Cuir chevelu. — Les cheveux sont rares au niveau des régions temporales; il y a une sorte d'alopécie en clairières multiples vers la région médiane de la nuque. Le cuir chevelu dans toute son étendue, mais surtout vers le vertex, est recouvert d'un enduit épais, noirâtre, poisseux, séborrhéique, engainant les cheveux, lesquels s'arrachent assez facilement et poussent avec la plus grande rapidité.

Face. — La face semble respectée; elle est cependant le siège d'une abondante hyperhidrose et on y voit une éruption qui ressemble à de la miliaire. — Les conduits auditifs sont recouverts d'une épaisse couche de séborrhée. — Les sourcils et les cils présentent les mêmes lésions que le cuir chevelu.

Les *ongles* des mains sont bombés transversalement, un peu incurvés longitudinalement; ils poussent avec assez de rapidité pour que la mère soit obligée de les couper à cet enfant trois fois plus souvent qu'à sa sœur.

N. B. — Cette note est forcément très incomplète, l'enfant habitant la province et n'ayant encore été vu qu'une seule fois.

Cas II. — Toute la première partie de cette observation est empruntée aux notes de MM. E. Besnier et A. Doyon, annexées à leur deuxième édition de leur traduction des *Leçons de Kaposi* : Paris, 1891, tome II, p. 836, 837.

« Un garçon actuellement âgé de onze ans (1890), est né de parents sains non syphilitiques; la mère avait subi un grave accident de voiture au premier mois de la grossesse.

« Au moment de la naissance, l'enfant, à terme, très fort et vigoureux, avait sur le corps « des places où l'épiderme s'enlevait comme un vésicatoire »; la peau, au rapport de la mère, sécha vite, mais resta rugueuse. A quatre mois, on constata une première poussée de *bulles* sur le tronc; une seconde à dix mois, la peau restant toujours « dure ».

« A deux ans, *crise violente de bulles sur tout le corps*, avec fièvre, durant deux mois, pendant l'été. Même réapparition pendant l'été, à trois ans. Les bulles se produisent en tous les points du corps, surtout les jours de pluie, mais particulièrement aux pieds et aux mains. Pendant l'hiver, les bulles ne paraissaient plus, mais la peau continuait à s'exfolier sur le tronc, sur le col, sur les membres; l'enfant restait faible et malingre.

« C'est à cette époque que l'enfant nous est amené. Le premier aspect est celui de la forme la plus accentuée d'ichthyose noire que l'on puisse imaginer. Mais, avant même d'avoir entendu le récit qui vient d'être rapporté, l'intensité de l'exfoliation, qui est lamelleuse en beaucoup de points, l'engainement complet des mains et des doigts dans des gaines formées de lamelles superposées que l'on peut arracher avec une certaine facilité, l'envahissement de la figure, du cuir chevelu, de tous les plis de flexion ne laissent aucune valeur à l'apparence première. En quelques points, au cou-de-pied, sur le poignet, en soulevant quelques squames, on trouve un peu de suintement et le frottement d'une chaussure ou d'une manchette détermine quelques soulèvements bulleux. Sur le cuir chevelu, on ne voit pas de bulles, mais une exfoliation lamelleuse abondante ; les cheveux sont plutôt exubérants.

« *Jamais, à aucun moment, l'enfant n'a, ni n'a eu de prurit; les aliments réputés excitants pour la peau n'ont aucune influence sur l'état des lésions, et les bains irritants, qui exaspèrent les poussées bulleuses, ne causent pas de démangeaisons.*

« L'enfant ne souffre que de la vésication bullaire, *après* la bulle produite, et de la décortication mécanique des surfaces en desquamation.

« *De trois à six ans*, des bulles isolées en petit nombre se produisent à divers intervalles de mai à septembre. La veille du jour où une bulle doit paraître, l'enfant a toujours du malaise et de la fièvre. Pendant l'hiver, aucune bulle ; mais l'exfoliation demeure presque généralisée.

« *De six à sept ans*, l'enfant se développe, devient fort, les bulles se montrent moins nombreuses, l'exfoliation persiste, la peau amendée seulement par les topiques, et par l'usage interne de l'arsenic.

« *De huit à neuf ans*, très rares bulles seulement en avril et en septembre. Pendant l'hiver, aucune bulle.

« *A neuf ans*, l'enfant a grandi, a sensiblement la taille et l'aspect des autres enfants de son âge ; il a bon appétit, dort bien, n'est tourmenté par aucun trouble de sensibilité de la peau, et n'a pas de prurit, lequel a, d'ailleurs, toujours été insignifiant. Un assez grand nombre de points de la peau, préalablement très exfoliants, ont repris l'aspect normal, et l'exfoliation intense est reculée au col, au tronc, et aux extrémités.

« *A dix ans*, la situation continue de s'améliorer, mais on note encore, pendant l'été, deux poussées bulleuses disséminées qui semblent avoir été provoquées par des interventions médicamenteuses nouvelles : l'une, l'emploi de l'ichthyol *intus et extra;* l'autre, des bains presque indifférents pris dans une eau sulfureuse faible ; elles ont été de courte durée, et le rétablissement s'est fait rapidement.

« Dans les grandes poussées, les bulles se font un peu partout, excepté, sur le cuir chevelu, la face et le col ; on les observe sur le tronc, à la ceinture, aux membres, surtout aux extrémités : quelques-unes ne soulèvent pas ou ne rompent pas la couche squameuse et ne se manifestent que par du suintement et un soulèvement partiel. Durant le même temps, l'exfoliation s'accroît, et l'on ramasse chaque jour, dans le lit de l'enfant, la valeur d'une cuillerée à soupe ordinaire pleine de squames.

« Toutes les poussées bulleuses sont *précédées* et accompagnées de malaise de fièvre, de tristesse, de perte d'appétit. Dans leur intervalle, l'enfant est

gai, intelligent, studieux, annonçant des aptitudes exceptionnelles pour tous les travaux d'esprit, pour le dessin, la musique, etc... Son développement est à peu près normal au point de vue physique.

« Au mois de janvier 1890, l'enfant a atteint sa onzième année; le dos des mains, les jambes, le thorax en avant et en arrière sont redevenus presque normaux. Les cheveux abondants présentent à leur base en plusieurs endroits, surtout aux tempes, une exfoliation un peu grasse, amiantacée; sur la figure, furfurations au niveau des commissures oculaires, buccales, nasales. Le col, couvert d'une desquamation granitée, colorée en noir sur plusieurs points où l'on n'a pas pu faire de toilette, l'enfant étant enrhumé depuis quelques semaines. L'abdomen, les aisselles, les creux poplités sont le siège des maxima desquamatifs sous forme de lambeaux d'un diamètre variable de quelques millimètres à un centimètre ; les mains, face dorsale, sont engainées de squames, fendillées au niveau des plis de flexion ; les ongles sains, bombés latéralement et d'avant en arrière ; les faces palmaires en état de kératose uniforme épaisse, jaunâtre, donnant,par le grattage des lambeaux épais, de plus d'un centimètre de diamètre; cette région est halitueuse et sudorale comme à l'état normal.

« En février 1890, à la suite d'une attaque d'influenza, il est survenu, — ce qui n'arrive que rarement chez lui durant l'hiver — une poussée de bulles assez intense, surtout aux pieds, avec dépression de forces et état fébrile.

« Toutes les périodes d'amélioration qui ont été constatées ont été en rapport avec la médication arsenicale ; toutes les fois où l'emploi de l'arsenic a été interrompu, ou toutes les fois où on a essayé une médication nouvelle, une aggravation s'est produite, ou l'état est redevenu stationnaire. L'enfant supporte parfaitement dix gouttes de liqueur de Fowler par vingt-quatre heures; les bains lui sont avantageux; les bains légers de goudron — coaltar saponiné — lui sont toujours favorables. »

Voici les réflexions par lesquelles MM. E. Besnier et A. Doyon terminent cette observation : « L'observation que nous venons de rapporter établit l'existence d'une *dermatite chronique exfoliante et bulleuse*, déjà développée au moment de la naissance — *pemphigus foliacé congénital* — bien distincte de la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, et des autres dermatoses exfoliantes et bulleuses des nouveau-nés.

« Cette affection, qui évolue pendant toute l'enfance, semble se rapprocher — par le processus *décroissant* avec l'âge du sujet, les accalmies, l'influence saisonnière, l'intolérance de certaines médications et le bénéfice de quelques autres, etc., — de *maladies cutanées infantiles* encore imparfaitement connues, telles que l'*urticaire pigmentaire* et l'*hydroa des enfants*, de Unna.

« Mais ajoutons, sans tarder, que ces analogies n'impliquent aucune identité d'espèce entre les trois affections, dont le diagnostic différentiel peut s'établir aisément par des signes précis : pour l'urticaire pigmentaire, par tous les phénomènes objectifs et subjectifs ; pour l'hydroa des enfants, de Unna, par la série entière des carac-

tères qui lui sont propres, avec cette distinction, facile à établir extemporanément, même aux époques de poussées bulleuses, que, dans l'hydroa de Unna, la peau des enfants reste parfaitement saine et normale dans les intervalles de ces poussées, — tandis que dans le pemphigus foliacé infantile, l'état foliacé persiste toujours plus ou moins intense sur différents points du corps. »

Partie personnelle de l'observation. — C'est cet enfant que nous avons pu suivre depuis 1892, et nous avons peu de chose à ajouter à ce qui précède. Nous insisterons seulement sur les points suivants.

Le sujet a aujourd'hui vingt-deux ans ; il est d'assez petite taille et a un développement plutôt incomplet de la poitrine ; les membres sont grêles, par suite sans doute de la difficulté qu'il éprouve à se livrer à des exercices corporels.

Quand nous l'avons vu pour la première fois il y a neuf ans, les téguments *dans leur totalité avaient une teinte rouge* assez marquée pour attirer l'attention. Cette teinte était surtout accentuée au cou, à la partie inférieure du thorax, aux fesses, à la partie supérieure et interne des bras et des cuisses, aux jambes. Sur ce fond rouge se voyaient de fines squames. Mais en certains points tels que la partie postérieure du cou, les creux axillaires, on trouvait des saillies papillaires fort volumineuses, rangées en séries linéaires séparées par des sillons assez profonds, coiffées de squames cornées dures et épaisses. La plante des pieds et surtout la paume des mains étaient en état d'hyperkératose accentuée. Aux mains en particulier l'épaississement de la couche cornée était vraiment considérable. L'hyperkératose y avait un aspect jaunâtre quasi transparent, comme dans les hyperkératoses arsenicales, à tel point que nous songeâmes tout d'abord à des accidents d'arsenicisme.

Les ongles des doigts étaient recourbés, légèrement striés longitudinalement et poussaient avec une grande rapidité. Les cheveux, noirs, fort épais, étaient engainés à leur base de squames graisseuses abondantes : ils poussaient également avec rapidité.

Jamais nous n'avons observé chez lui de bulles. Au dire des parents, il s'en produisait encore quelques-unes par périodes, surtout vers le printemps, mais elles restaient localisées aux pieds.

Peu à peu, sous nos yeux, cet état s'est amélioré ; les bulles sont devenues de plus en plus rares, c'est à peine si, à l'heure actuelle, il en présente de temps en temps quelques vestiges. Il est évident que la maladie évolue en ce moment vers la forme non bulleuse. La rougeur des téguments est moins vive ; elle est toujours cependant des plus évidentes : elle se complique d'une teinte bistre qui devient de plus en plus apparente à mesure que la rougeur diminue, et il est permis de se demander si elle est due à l'évolution même de la maladie ou à l'effet de l'arsenic que le sujet continue à prendre de temps en temps.

Les saillies papillaires du cou ont beaucoup diminué sous l'influence apparente de pommade à l'acide salicylique et au goudron ; on n'en trouve plus actuellement que des vestiges très nets ; les ongles ont toujours le même aspect et croissent avec rapidité ; il en est de même des cheveux, qui

sont cependant beaucoup moins engainés à leur base de squames séborrhéiques.

Au niveau de la ligne blanche, de l'appendice xiphoïde au nombril, et surtout du nombril au pubis, se voient encore des amas assez considérables de squames stratifiées sèches, cornées, formant des sortes de petits cubes. Il en est de même vers les creux poplités où ces amas sont des plus accentués et rappellent ce qu'ils étaient autrefois au cou ; on en trouve également, quoiqu'un peu moins accusés, aux creux axillaires, aux plis des coudes, à la partie inférieure des fesses. En somme, les localisations des maxima de l'affection sont absolument l'inverse des localisations des maxima de l'ichthyose vulgaire vraie.

Ce qui va le moins bien, ce sont les paumes des mains et la face palmaire des doigts : au niveau de ces régions on observe toujours la même hyperkératose qui gêne le malade dans ses mouvements, quoiqu'il puisse cependant écrire et peindre avec une facilité relative.

Son état général est bon ; il est sujet cependant de temps en temps à des périodes de dépression pendant lesquelles les préparations phosphatées et glycéro-phosphatées lui rendent de réels services.

La médication suivie consiste à lui administrer par périodes les toniques précédents, par périodes, à notre corps défendant, de l'arsenic, car nous ne pouvons nous empêcher de croire à l'influence désastreuse de cette substance sur la kératodermie palmaire; localement on lui donne des bains d'amidon additionnés de coaltar saponiné et on lui fait des applications de glycérolé d'amidon salicylé, de pommades au goudron, etc...

Tout dernièrement il a eu une violente rougeole qui l'a beaucoup fatigué, mais qui n'a pas exercé d'influence notable ni en bien ni en mal sur l'état actuel des téguments.

Cas III. — *Obs. du Dr P. Nikolsky* (1). (Extraite de son travail : *Contribution à l'étude des anomalies congénitales de kératinisation*. Comptes rendus du XIIe congrès international de médecine.)

« Le 1er octobre 1895, une petite malade, Élise K..., âgée de six ans et demi, fille d'un employé de la police, demeurant à Gitomir, est venue consulter à la clinique dermatologique de M. le Pr Stoukovenkov. Comme il ne s'y trouvait pas de lits pour enfants, cette malade a été reçue à la clinique des enfants de M. le Pr Tchernov, auquel nous sommes bien obligé de nous avoir accordé la possibilité de faire des observations détaillées durant sept mois.

« Le père de la malade jouit d'une bonne santé, ainsi que les trois enfants de sa première femme. La mère est nerveuse. Élise est son premier enfant, née à terme, ou, peut-être, deux semaines avant, après une grossesse régulière, pendant laquelle cependant, la mère s'est effrayée deux fois : au second mois de la grossesse elle a été effrayée par une femme folle, de sorte que le reste du jour elle s'en est ressentie; au huitième mois un mendiant, entré

(1) Ceci n'est pas une traduction. L'auteur a publié son travail en français, et nous respectons sa rédaction que nous transcrivons textuellement.

subitement dans la maison, l'a fort effrayée, de sorte qu'elle s'est évanouie de peur. Les deux grossesses suivantes furent tout à fait normales, et les deux enfants sont bien portants. La quatrième grossesse s'est terminée par une fausse couche.

« Élise est née assez développée et bien portante, excepté la peau, qui était sèche, grisâtre, dure au toucher, piquante, et sur les fesses il y avait des bulles aqueuses de la grandeur d'une cerise, comme après une brûlure.

« Cette modification de la peau, c'est-à-dire la sécheresse, la dureté, et quelquefois les bulles, subsiste encore, tantôt diminuant, tantôt augmentant.

« Les bulles disparaissent en hiver, et en été elles sont nombreuses. Toute la peau est ordinairement recouverte d'écailles blanches, qui n'ont disparu qu'une fois l'été passé, après une forte transpiration, pendant la cure de la décoction; après ce traitement, les écailles ont recommencé à couvrir la peau de la malade. En général, la peau ne transpire jamais.

« *Status præsens.* — La malade est maigre, les tissus sous-cutanés et musculaires sont faibles. Les os ont plusieurs lésions : les tubercules du front sont très développés et toutes les dents sont cariées, depuis l'âge de deux ans, d'après ce que dit la mère. L'oreille gauche est plus grande que la droite et se replie en avant. La grandeur de la taille est de 95 centimètres, le poids de 15.15 kilogrammes,

« Tous les organes intérieurs, explorés le plus minutieusement, et le système nerveux aussi, ne présentent rien d'anormal.

« Toute la surface de la peau est envahie par une anomalie de la kératinisation qui est plus développée dans quelques endroits que dans d'autres.

« Le caractère général des lésions de la peau se présente sous l'aspect suivant. On peut constater partout une excroissance de la substance cornée, qui se manifeste dans les régions les moins envahies (le cuir chevelu) par une desquamation simple sur la surface presque lisse; dans les régions un peu plus envahies, cette excroissance se manifeste par la desquamation et la rudesse de la peau (le visage et le cou), à cause de l'augmentation des plis naturels, dont les sillons deviennent plus profonds, la hauteur des bords des sillons plus élevée. Dans les endroits où le procès est plus accentué (la paroi abdominale, le dos, le thorax, les cuisses, les bras, les avant-bras, la surface dorsale des mains et des pieds), on peut voir clairement que les bords des sillons sont couverts d'une solide substance cornée, qui ne peut être enlevée qu'avec d'assez grands efforts, laissant une surface sèche et assez lisse, sur laquelle on remarque les plis de la peau agrandis. Il est clair que la rudesse de la peau ne dépend que de l'agrandissement des plis naturels et de l'excroissance des masses cornées, particulièrement sur les bords des sillons.

« Enfin, là où le procès est le plus développé, l'excroissance de la substance cornée se présente sous l'aspect de masses cornées superposées sans ordre (les jambes) ou de callosités grosses et lisses de couleur jaunâtre (la paume des mains et surtout la plante des pieds).

« A cette altération principale de la peau, qui consiste dans l'excroissance de la substance cornée, se joint une autre dans quelques endroits (la paroi abdominale et les membres inférieurs) en forme de bulles, dont le diamètre

varie de 2-3 à 5-10 millimètres; leur contenu est transparent ou trouble, et la couverture tendue ou flétrie. Leur fond est rougeâtre. En tirant la couverture rompue, on ne peut exfolier la couche épithéliale que jusqu'à la périphérie de la bulle.

« Les bulles desséchées forment des écailles impétigineuses. On voit une assez grande quantité de squames et d'écailles sur le linge et sur le drap du lit de la malade. Plusieurs endroits envahis ont la couleur rougeâtre.

« Les modifications cutanées dans les diverses régions du corps se présentent ainsi :

« Sur le cuir chevelu on aperçoit une desquamation. Les poils sont sains. Sur le visage on voit une desquamation et une rudesse qui est plus accentuée au menton. La peau du cou est rouge, très raboteuse, à cause des plis naturels trop agrandis. La peau du thorax et de l'abdomen est rouge et raboteuse; on voit, dans certains endroits, de la substance cornée sur les sommets des plis de la peau, ainsi qu'un petit nombre de bulles, grandes comme une lentille, le contenu trouble ; et en se desséchant elles forment des écailles impétigineuses, au-dessous desquelles on voit une surface unie, rougeâtre, brillante, et un peu humide. Sur le dos, on aperçoit de semblables altérations, mais moins accentuées. Toute la surface des membres supérieurs est raboteuse, les plis sont très prononcés et couverts dans quelques endroits d'une solide substance cornée. Aux paumes des mains la couche cornée est très épaissie, comme des callosités.

« Ce sont les membres inférieurs qui sont le plus envahis. Sur les cuisses, les parties de couleur naturelle alternent avec celles de couleur rouge. Sur les premières, on aperçoit une grande quantité de substance cornée, particulièrement au sommet des plis ; c'est pourquoi la surface est rude au toucher. Quoique cette substance cornée paraisse être attachée fortement à la peau, cependant on peut l'effacer, en frottant; alors on aperçoit au-dessous d'elle une surface rougeâtre, sèche, glissante. En outre, on peut voir dans quelques endroits des lamelles fines, rondes, dont le diamètre est de 5 millimètres, qu'on enlève facilement, et au-dessous d'elles paraît aussi une surface rouge et sèche.

« Il est très probable que ces lamelles paraissent à la place des bulles desséchées, qu'on peut aussi y rencontrer au nombre minimal, dont le contenu est trouble et la couverture fanée.

« Les parties de couleur rouge susdites se présentent ûnies, sèches et ayant l'aspect comme si elles s'étaient formées après que les masses cornées eussent été éloignées par le frottement ou par la macération au bain.

« Les masses cornées sont nombreuses sur les genoux. Elles sont épaisses, mais plus molles sur les jambes et sur la surface dorsale des pieds. Elles laissent des traces rouges, après qu'on les a effacées. Dans quelques endroits on peut voir des bulles, de diamètre de 2-5 millimètres, le contenu trouble et la couverture tendue, ainsi que des croûtes à la place des bulles desséchées et disparues.

« Sur la surface plantaire des pieds et des orteils, on aperçoit la couche cornée très épaisse, d'une couleur jaunâtre, qui se présente aux orteils et au talon comme des coussinets.

« Durant sept mois que nous observions la malade, nous ne remarquâmes

pas de changements essentiels de la maladie, mais nous avons fait des observations de détails suivantes :

« 1° L'altération principale de la peau, qui envahit toute sa surface, consiste dans une anomalie de la kératinisation, qui se manifeste cliniquement dans l'accroissement de la substance cornée. Celle-ci peut être éloignée par la macération au bain ou encore mieux par une compresse chauffante, mais cependant les masses cornées reviennent dans peu de temps. L'accroissement de la couche cornée ne se borne pas à quelques places isolées, mais il envahit toute la surface de la peau sans exception.

« C'est pourquoi, après avoir mis une compresse chauffante sur quelque membre, on pouvait enlever une couche cornée macérée en larges bandes, qui avaient enveloppé tout le membre. La substance cornée très abondante avait des qualités altérées en comparaison avec celle de la peau normale, vu qu'elle se gonfle rapidement sous l'influence de l'humidité, et sa séparation facile du tissu sous-jacent indique sa faible liaison avec celle-ci. La surface mise à nu n'est presque jamais humide ; ce n'est pas la couche de Malpighi, mais la couche cornée jeune et délicate. Il est clair que la séparation des couches épithéliales après la macération par la chaleur humide, ainsi que par les influences mécaniques, a lieu entre les parties profondes de la couche cornée.

« 2° L'apparition des bulles avec le contenu trouble provenait souvent dans différentes régions de la peau en diverse quantité et n'était accompagnée que quelquefois de la fièvre. Malgré nos observations constantes et minutieuses, nous ne pouvions cependant remarquer sous quelles conditions les bulles se forment. Visiblement, l'irritation extérieure aide à leur formation, comme cela a été remarqué pendant le traitement par l'électricité statique.

« Chaque bulle se desséchait dans trois-quatre jours après son apparition, en laissant après elle une croûte impétigineuse, qui se tenait encore longtemps, et enfin, après être tombée, laissait voir une tache rouge et desquamante.

« 3° La rougeole, dont notre malade avait été attaquée durant notre observation, n'a fait nul effet aux altérations cutanées.

« 4° La thermométrie quotidienne montra que l'équilibre calorique n'était pas stable chez notre malade, parce qu'elle avait quelquefois la fièvre (38°, 38°,5) durant quelques jours. Nous la rapportons non pas au procès lui-même, mais aux influences extérieures nuisibles sur la peau altérée profondément dans toute son étendue.

« 5° Les analyses de l'urine faites 45 fois durant l'observation de la malade ont donné les résultats suivants :

« *a*) A l'absence des maladies intercurrentes (32 analyses) nous avons reçu ces chiffres moyens : la quantité d'urine en vingt-quatre heures était de 578 centimètres cubes, la pesanteur spécifique 1 017, la réaction peu acide, point d'albumine et de sucre. La quantité d'urée 11 grammes (1,9 p. 100), de chlorures 4,6 (0,8 p. 100), de phosphates 1,18 gramme (0,2 p. 100), de sulfates 0,4 gramme (0,07 p. 100).

« *b*) Durant la rougeole (3 analyses) on n'a pas aperçu de changements dans l'urine.

« c) Pendant le traitement par la thyroïdine (durant quarante-deux jours la malade a pris 101 pastilles, dont chacune avait 0,05 de thyroïdine) nous avons aperçu (9 analyses) une augmentation de l'urine (686 c. c.), de la pesanteur spécifique (1 019), de l'urée (13 gr., 1,9 p. 100), de sulfates (0,61 gr., 0,09 p. 100). Par contre, la quantité de phosphates était diminuée (0,69 gr. 0,1 p. 100).

« 6° Les résultats de l'analyse du sang, faite par l'assistant de la clinique des enfants, M. le Dr Kontrebinski, la pesanteur spécifique 1 056, la quantité de globules rouges 5 600 000, de globules blancs 20 000, leur rapport 1 : 280, la quantité d'oxy-hémoglobine 13,51 p. 100.

« 7° Le traitement par l'électricité statique et par la thyroïdine n'a donné nul effet. Grâce aux bains chauds et aux compresses chauffantes, la surface de la peau a été délivrée des croûtes et des squames. La malade a quitté la clinique avec un poids augmenté.

« 8° De tous les faits que nous avons recueillis durant l'observation de notre malade, c'est l'examen histologique qui présente le plus grand intérêt.

« Nous avons enlevé de petits morceaux de peau de la surface extérieure de l'avant-bras gauche. Après durcissement dans l'alcool, dans la solution de Flemming et dans l'acide osmique, et après inclusion dans la paraffine, nous avons fait une grande quantité de coupes, qui ont été colorées par des méthodes différentes :

« a) *Examen des coupes colorées par la safranine.* — La couche cylindrique est composée d'une, deux ou trois rangées de cellules fort serrées l'une à l'autre, dont le protoplasma est très mince et les grands noyaux ont plusieurs nucléoles (jusqu'à 5). Beaucoup de cellules présentent des figures de mitoses. Tout cela montre que la division des cellules va très énergiquement.

« Mais dans toute la couche épithéliale, très épaisse, ce n'est que les cellules cylindriques qui ne présentent rien d'anormal, tandis que tout le reste de l'épithélium est altéré profondément.

« Tout de suite au-dessus des cellules cylindriques, l'aspect du tissu épithélial est changé brusquement. C'est une raréfaction des cellules qui se jette aux yeux déjà au petit grossissement. On voit beaucoup d'espaces vides, comme si les cellules étaient sorties de leurs places ; c'est ce qui donne un aspect réticulaire à presque toute la couche épithéliale. Mais on peut différencier facilement ces espaces vides des vésicules dites réticulaires, qui se forment à cause de la dégénérescence cavitaire des cellules, quand celles-ci se remplissent d'eau, se gonflent en forme de vésicules rondes, et, après que l'eau et le reste du protoplasma disparaissent, on ne voit que des cavités vides confluentes. Dans notre cas les cavités n'ont pas une forme ronde, mais celle-ci est tout à fait semblable aux cellules voisines.

« En examinant les cavités plus attentivement, on peut se persuader que la plupart d'entre elles ont encore le reste du contenu : un noyau, un nucléole, ou un détritus amorphe et filaire (?), ainsi que des grains de kérato-hyaline.

« La paroi de la cavité est une membrane endurcie et altérée de la cellule.

« A partir des couches cylindriques, les cavités deviennent plus grandes et la quantité des nucléoles augmente. Au niveau de la couche granuleuse elles atteignent la grandeur maxima.

« Un seul examen des cavités susdites amène déjà à la conclusion que les propriétés chimiques de presque toutes les cellules sont altérées, de telle sorte que la cellule est détruite tout entière ou dans ses parties : le protoplasma, le noyau, le nucléole.

« Pour étudier ces altérations en détail, il faut examiner les cellules conservées.

« Comme nous connaissons de l'histologie normale, le protoplasma des cellules s'agrandit graduellement à partir des couches profondes, surpassant enfin la grandeur du noyau.

« Nous ne trouvons rien de semblable dans notre cas : nous ne voyons que le reste du stroma filaire autour de quelques noyaux ou en forme de filets qui unissent des noyaux voisins, et une grande quantité de grains de kérato-hyaline, disposés sans ordre ; après que la membrane des cellules tombe en blocs, ils deviennent libres. Il est évident que le protoplasma a disparu, et ce n'est autre chose que le reste de ceci que nous voyons en forme de masses amorphes décolorées dans les susdites cavités. C'est pourquoi le stroma filaire conservé est bien prononcé, mais lui-même n'est pas sans altérations, parce qu'on peut rencontrer plusieurs filets très épais, endurcis, bien colorés et brillants.

« Les noyaux des cellules sont très altérés. — A partir des couches profondes, leur grandeur ne diminue pas, comme cela a lieu dans l'état normal : par contre, elle augmente. La membrane devient plus épaisse et bien colorée. Le nombre de nucléoles augmente beaucoup, ils deviennent plus grands et brillants ; après que la membrane tombe en blocs, les nucléoles deviennent libres ; on peut les voir en grande quantité au niveau des couches granuleuse, lucide et cornée, sous l'aspect de globules brillants bien colorés, de grandeur différente.

« La couche cornée est très épaissie. On y voit aussi de grands globules et des blocs brillants et confluents. Dans ses parties supérieures, il y a des espaces étroits, remplis de leucocytes ; ce n'est que des vésicules récentes.

« b) *L'examen des coupes colorées au carmin, à l'hématoxyline, à l'éosine, à l'acide picrique seul ou avec de la fuchsine acide*, nous a donné de nouveaux détails. Une grande quantité de noyaux et de nucléoles n'absorbent pas le carmin et l'hématoxyline, tandis qu'ils se colorent bien par l'acide picrique en jaune, par l'acide picrique avec la fuchsine en jaune doré et par l'éosine en rose.

« La même réaction donne aussi la plupart des globules et des blocs libres. Mais en même temps, on voit beaucoup de globules et de blocs colorés au carmin dans la couche cornée, le reste de laquelle est coloré par l'acide picrique en jaune.

« Le derme ne présente pas d'altérations particulières. Il y a beaucoup d'éléments cellulaires et de vaisseaux, surtout dans les papilles qui sont agrandies, et dans le tissu sous-papillaire. Les éléments cellulaires sont ronds et rarement ovalaires, ont un noyau et se groupent autour des vaisseaux. Les cellules endothéliales des petits vaisseaux sont grandes. Les

glandes sudoripares et sébacées, ainsi que les muscles lisses, sont bien développés. Les poils se rencontrent rarement.

« Le tissu élastique est abondant, excepté les papilles et la partie sous-papillaire, c'est-à-dire où il y a plus d'infiltration. On n'y voit que des fibres élastiques très fines et en quantité minimale. Le réseau élastique sous-épithélial est tout à fait absent.

« Le tissu sous-dermique est peu développé. Les nerfs cutanés sont normaux.

« Le tableau général des altérations histologiques est le suivant :

« Toute la couche épithéliale est très épaissie, mais la multiplication des cellules n'a lieu que dans deux ou trois couches les plus profondes, tandis que tout le reste du tégument est envahi par l'anomalie de la kératinisation. Celle-ci s'exprime dans la couche cornée par la kératinisation précoce, suivie de destruction de tout le corps de la cellule ou de ses parties : le paroplasma disparaît, le stroma filaire s'épaissit et tombe en blocs. Il faut remarquer que la substance cornée précoce ne présente pas partout les propriétés de la véritable substance hyalineuse, ce que nous indiquent plusieurs globules, surtout les globules libres brillants. »

M. le Dr Nikolsky fait suivre l'exposé de son cas des remarques suivantes : il n'a pas trouvé dans la littérature médicale de cas analogue au sien comme altérations de la couche épithéliale. Il croit que le tableau clinique de son cas ressemble à celui de l'ichthyose fœtale, mais on n'a pas décrit dans cette dernière affection les lésions histologiques qu'il a observées. « Malgré cela, nous pensons « qu'il ne faut pas le séparer de l'ichthyose fœtale, attendant la des- « cription d'une plus grande quantité de cas de cette dernière maladie « pour l'expliquer plus exactement. Au point de vue purement his- « tologique, on peut nommer notre cas *Acantho-keratolysis univer- « salis congenita*..... Nous considérons cette maladie comme une « vraie trophoneurose, et nous pensons que les cas pathologiques « semblables indiquent qu'il y a des centres trophiques qui dirigent « l'activité vitale de l'épithélium, et à cause de leur dérangement « ceci devient anormal, sans aucune dépendance de la couche vascu- « laire de la peau. »

DEUXIÈME CATÉGORIE DE FAITS.

Érythrodermies congénitales ichthyosiformes avec hyperépidermotrophie sans complication de bulles.

Cas IV. — Observation d'E. Vidal ; malade observé par nous, de septembre 1881 à janvier 1881. — Malade présenté par E. Vidal le 22 avril 1882 à la Société de biologie, sous l'étiquette : Pityriasis pilaire de Devergie : de l'hyperépidermotrophie généralisée (1).

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 406 : observation XX du mémoire de M. le Dr E. Besnier sur le Pityriasis rubra pilaire.

« L'enfant que je présente à la Société est âgé de dix ans et demi et atteint d'une affection de la peau, rarement observée et que Devergie a distinguée, le premier, sous le nom de pityriasis pilaris avec psoriasis palmaire et plantaire. L'anatomie pathologique de cette maladie n'est pas encore faite, ses causes sont inconnues; aussi a-t-elle été confondue pendant longtemps avec le psoriasis, avec l'ichthyose et le pityriasis rubra. Les dermatologues qui l'ont le mieux étudiée lui ont donné différents noms, dont aucun ne répond complètement à sa symptomatologie. Pour Duhring et les Américains, c'est la *keratosis pilaris*. Pour M. Besnier, c'est le *pityriasis rubra pilaris*. Notre savant collègue, M. Hillairet, tenant compte d'un des symptômes saillants de l'affection, de la séborrhée, lui donne le nom de *pityriasis pilo-sébacé*. Jusqu'à meilleure dénomination, je propose celle d'*hyperépidermotrophie généralisée*.

« Tous les éléments de l'épiderme sont en prolifération excessive : desquamation active de l'épiderme corné, pouvant en imposer pour une ichthyose, mais s'en distinguant par la saillie des papilles, même dans les plis de flexion et par la desquamation en larges lamelles de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds, activité exagérée de la sécrétion sébacée, et séborrhée sèche, abondante, dont les produits couvrent la face et le cuir chevelu d'une couche épaisse d'amas épidermiques mélangés de matière grasse; accroissement insolite des cheveux, des poils et des ongles dont la pousse est presque deux fois plus rapide qu'à l'état normal. J'insiste sur cette vitalité exagérée des poils et des ongles, qui, je crois, n'a pas encore été signalée, et dont il n'est pas fait mention dans la thèse de M. Alfred Richaud (*Étude sur le pityriasis pilaris*, Thèse de Paris, 1877).

« Le jeune malade, Louis H..., est entré, le 21 septembre 1881, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Vidal, remplacé momentanément par M. Hillairet.

« Le père est rhumatisant. Jusqu'au mois de décembre 1878, époque à laquelle débute l'affection cutanée, la santé générale du petit malade était bonne et la peau d'apparence parfaitement normale.

« La desquamation pityriasique au niveau des sourcils fut le premier symptôme. Elle s'étendit bientôt sur d'autres régions et ne fut pas modifiée par une rougeole contractée en 1879.

« Les coudes, les genoux, les cous-de-pied, puis la paume des mains et la plante des pieds furent graduellement envahis. Depuis deux ans l'extension s'est faite au cuir chevelu.

« Les cheveux, très abondants et d'une crue très active, obligeant à les faire couper souvent, sont assez secs; leur base est engainée par une couche épaisse d'amas de cellules épidermiques mélangées de sébum. La masse, qui a près d'un centimètre d'épaisseur, est d'une couleur blanc jaunâtre et a la consistance pâteuse de la séborrhée concrète. Le front, les oreilles, sont couverts d'une couche identique qui remplit les conduits auditifs et une partie de la conque de l'oreille, et a déterminé de la dysacousie.

« Sur le cou, particulièrement à la nuque, les lignes de papilles sont rouges et forment des saillies recouvertes d'une desquamation épidermique abondante et sèche donnant au toucher une sensation de râpe. On retrouve ces mêmes saillies papillaires rougeâtres sur plusieurs régions. Elles sont

très marquées sur les bras, et on les constate très apparentes sur les plis des coudes et sur les creux axillaires. Sur les avant-bras et sur les poignets, on voit une couche épaisse d'épiderme stratifiée et rugueuse, s'étendant sur les mains et sur les doigts. Autour des poils il y a comme des saillies épidermiques brunâtres. En y regardant de près, on voit que la plaque épidermique est percée de trous pour le passage des poils. La paume des mains et la plante des pieds sont rouges, sèches, luisantes, comme vernissées, et l'épiderme s'y exfolie par larges lamelles très minces.

« La lésion est étendue à toute la surface cutanée, elle est absolument généralisée.

« Le système pileux est plus abondant qu'à l'état normal; tout le corps est couvert d'un duvet plus fort et plus long que chez les enfants de cet âge. On trouve ces poils sur le ventre, la poitrine, le dos, les mains, les doigts, et même sur le pli du coude.

« Les ongles sont un peu aplatis sur les côtés, arrondis, un peu moins au niveau de la lunule qui est très apparente. Ils poussent très rapidement, et une marque tracée au nitrate d'argent au niveau de la racine est arrivée, en trois mois, très près de l'extrémité libre.

« Les ganglions axillaires et inguinaux sont un peu plus gros qu'à l'état normal.

« Sauf un peu d'amaigrissement, l'état général est très bon.

N. B. — L'observation précédente est très incomplète et même erronée sur certains points. Ce n'est là que la communication faite par le regretté E. Vidal à la Société de biologie, et nullement le document original que nous avions recueilli sur le malade : ce document a été égaré.

Ce que nous pouvons affirmer d'après nos souvenirs très précis sur ce point : c'est que le petit malade, venu à Paris d'Amérique et laissé seul à l'hôpital Saint-Louis sans ses parents, ne nous a jamais donné que des renseignements extrêmement vagues et incomplets sur le mode et l'époque de début de son affection cutanée. Il n'y a qu'à se reporter à la note ci-dessus pour voir que cette affection cutanée a commencé beaucoup plus tôt que ce n'est dit : en effet, le cuir chevelu, d'après l'enfant, était aussi malade qu'il l'était lors de son entrée depuis au moins deux ans; or ce n'était pas une des localisations du début, — et d'autre part l'affection, toujours d'après la note ci-dessus, n'aurait commencé que deux ans avant l'entrée à l'hôpital Saint-Louis. Il y a là une erreur évidente. Il nous est toujours resté dans l'esprit que l'affection était devenue très apparente peu après la naissance, et que les détails donnés par l'enfant au point de vue du cuir chevelu, des sourcils, des coudes et des genoux, n'avaient trait qu'à une exagération notable des lésions en ces points.

Un autre caractère des plus nets de cette affection qui ne se trouve pas relevé dans la note précédente, c'est la *rougeur des téguments*,

rougeur des plus notables, surtout au cou, aux plis articulaires, sur le tronc, vers la ceinture. Le petit malade était rouge, complètement rouge, d'une rougeur rosée sur laquelle on aurait jeté des amas de farine blanche.

Tout ce que l'on tenta chez lui, au point de vue général comme au point de vue local pour modifier l'éruption, échoua complètement. Comme il est dit dans la note ci-dessus, *elle était parfaitement généralisée :* il n'y avait pas la moindre parcelle de peau saine, et elle resta telle pendant tout le temps que l'enfant demeura à l'hôpital sans que la santé générale parût le moindrement intéressée.

Obs. V. — *Première observation du Dr G. Thibierge* (1).

« L'un d'eux est un garçon de dix-huit ans, originaire du département de l'Oise, d'une taille moyenne, dont le tégument, à son entrée, était le siège de lésions considérables : sur le tronc, on voyait des squames, séparées, principalement à la partie inférieure de l'abdomen, en losanges rappelant l'aspect de la peau de crocodile; le dos était recouvert d'une carapace de squames atteignant plus d'un millimètre d'épaisseur, en partie détachées et faciles à enlever avec l'ongle; sur la portion du thorax située au-devant des aisselles, dans le creux des aisselles, dans le pli des coudes, sur le sommet des genoux et dans les creux poplités, on voyait des productions cornées, acuminées, de 2 à 3 millimètres de large, de coloration gris noirâtre, disposées en traînées linéaires, et se détachant assez facilement. Les membres, sur tout le reste de leur étendue, étaient recouverts de squames de largeur, de forme et d'épaisseur variables. Les paumes des mains étaient le siège d'un épaississement considérable de l'épiderme, présentant l'aspect de la kératodermie des extrémités. Le visage était également recouvert de squames, la plupart minces, soulevées par leurs bords. Ces diverses lésions cutanées sont aujourd'hui atténuées et l'examen du malade ne peut plus donner qu'une idée bien faible de l'aspect qu'il présentait il y a deux mois.

« Vous remarquerez cependant, outre le reliquat, encore très apparent, des altérations cutanées que je viens de décrire, l'ectropion bilatéral, qui empêche le malade de clore les yeux d'une façon complète, même pendant le sommeil. Vous remarquerez aussi que ce malade, comme les ichthyosiques vulgaires, ne transpire pas du corps ou transpire très faiblement, même sous l'influence du bain de vapeur, mais que, contrairement aux ichthyosiques vulgaires, il transpire très notablement de la paume de la main.

« Pour compléter cette observation sommaire, j'ajouterai que le malade est d'une intelligence assez modeste, ainsi que pourrait déjà le faire présumer l'expression un peu niaise de son visage.

« Le sujet est né à sept mois et demi ; dès sa naissance, on remarqua qu'il avait les téguments lisses et brillants sur toute leur étendue ; ses pau-

(1) Georges Thibierge. Note sur les rapports de l'ichthyose fœtale et de l'ichthyose vulgaire, à propos de deux sujets atteints d'ichthyose fœtale et âgés, l'un de dix-huit ans, l'autre de quinze ans. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 juin 1898. *Voir Bulletin et mémoires*, p. 539.

pières étaient « retournées » et laissaient voir dans leur intervalle la conjonctive herniée et rouge ; vers l'âge de cinq à six semaines sa peau a pris l'aspect écailleux.

« Dans sa famille on ne connaît aucun cas d'ichthyose, son père n'a jamais eu d'affection cutanée, mais sa mère est atteinte de psoriasis. Elle a eu six grossesses : la première terminée par la naissance d'un enfant mort-né ; la deuxième, par la naissance à terme d'un enfant mort qui n'avait qu'un membre inférieur et dont la tête était énorme ; les troisième et quatrième, par la naissance à sept mois d'enfants bien conformés, mais qui sont morts en bas âge ; la cinquième, par la naissance à terme d'un garçon bien portant, âgé aujourd'hui de trente-deux ans.

Obs. VI. — *Deuxième observation du Dr G. Thibierge* (1).

« Le deuxième malade, âgé de quinze ans, reproduit trait pour trait au point de vue des lésions cutanées le premier tel qu'il était à son entrée à l'hôpital ; les seules différences à noter sont l'intensité un peu moindre de l'hyperkératose au niveau des plis articulaires et le degré moindre de l'ectropion qu'il faut chercher pour le voir.

« Ce garçon est né à terme ; dès le lendemain de sa naissance, on s'aperçut que sa peau se plissait et tendait à s'écailler. Il a toujours été difficile à élever, souffreteux, et à l'heure actuelle il ne mesure que 1m,37 de hauteur ; ses testicules sont très petits, à peine de la dimension d'un petit flageolet ; ses dents sont le siège de dépressions punctiformes multiples, sa voûte palatine ogivale, avec une crête médiane très apparente ; son intelligence, sans être très développée, est un peu supérieure à celle du premier malade.

« Il est le seul enfant d'une mère bien portante, vigoureuse même et intelligente et d'un père alcoolique qui, au dire de la mère, aurait contracté une maladie vénérienne pendant son service militaire. Sa mère n'a jamais fait de fausses couches. Ni dans la famille du père, ni dans la famille de la mère on ne connaît d'affections cutanées analogues. »

Remarques du Dr Thibierge (2). — « On voit par cette description rapide — qui sera complétée dans un travail ultérieur — combien ces deux sujets diffèrent profondément des ichthyosiques vulgaires : début précoce, ectropion par insuffisance du développement des téguments du visage, hyperkératose considérable au niveau des plis articulaires et de la paume des mains qui ne présente pas la sécheresse si caractéristique de l'ichthyose.

« Ces caractères, qui suffisent à les distraire du cadre de l'ichthyose vulgaire, permettent aussi de les ranger dans l'ichthyose fœtale : qu'ils n'en représentent qu'un type atténué, cela n'est pas douteux ; mais il n'y a pas de raisons, quand on retrouve deux des caractères primordiaux de l'ichthyose fœtale, la constatation dès la

(1) *Eod. loco*, p. 540.
(2) *Eod. loco*, p. 540.

naissance, les altérations considérables des téguments du visage déterminant l'ectropion, pour refuser de l'admettre; on ne peut exiger toujours, avant de porter ce diagnostic, l'existence au degré le plus accentué de tous ses caractères.

« Aux caractères objectifs des lésions, il faut ajouter, en faveur de l'ichthyose fœtale, l'absence de tout antécédent ichthyosique dans la famille des sujets, et, pour le premier malade, la naissance antérieure d'un enfant monstrueux ; ces deux arguments ne sont certes pas absolus pour éliminer le diagnostic d'ichthyose vulgaire, mais ils sont bien plus en faveur de l'ichthyose fœtale.

« Pour ces diverses raisons, je crois qu'on peut conclure que :

« 1° L'ichthyose fœtale n'est pas incompatible avec une existence plus ou moins longue ;

« 2° Dans les cas où elle est assez atténuée pour permettre la survie, elle se traduit par un syndrome dermatologique qui permet de la distinguer cliniquement de l'ichthyose vulgaire.

« En terminant, je ferai remarquer que la syphilis paternelle est des plus probables pour un de mes malades, qui présente en outre une atrophie testiculaire très suspecte au point de vue de l'hérédo-syphilis ; et que, pour l'autre, la multitude des grossesses que sa mère n'a pu mener à terme, et dont l'une s'est terminée par la naissance d'un enfant monstrueux, doivent également faire soupçonner l'hérédité syphilitique. »

Addenda et remarques à propos des deux observations du Dr Thibierge.

Les deux malades de M. le Dr Thibierge ont été présentés par lui au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de 1900. Nous les y avons vus, et nous avons tout de suite reconnu le type morbide que nous nous efforçons d'établir. Ces deux malades sont des érythrodermiques : la teinte de leurs téguments est nettement rouge, surtout en certaines régions, cou, plis articulaires, ceinture, face interne des cuisses, etc..., partout elle est bien franchement plus rouge que la normale. Ces deux malades ont de la séborrhée notable du cuir chevelu : leurs cheveux et leurs ongles poussent avec une rapidité tout à fait anormale. Leurs cheveux sont fournis ; leurs ongles sont longs, incurvés, comme dans nos autres cas.

M. le Dr Thibierge, auquel nous avons fait part de nos remarques, n'a pas hésité à reconnaître leur bien fondé. Il a pensé comme nous qu'il pourrait bien y avoir un type morbide se rapportant à ce que l'on a désigné sous le nom d'ichthyose fœtale, caractérisé entre autres symptômes importants par de l'érythrodermie et par de la suractivité dans la production des phanères, et dans lequel il fau-

drait distinguer deux variétés suivant qu'il se produit ou non des bulles pemphigoïdes.

Reste à savoir si tous les cas décrits sous le nom d'ichthyose fœtale avec survie doivent rentrer dans ce groupe, — ou, pour mieux dire, si les caractères cliniques que nous nous efforçons de mettre en relief font partie de la symptomatologie de l'ichthyose fœtale. Il est évident que dans ce dernier cas il ne s'agirait pas d'un type nouveau dont nous donnerions la première description, mais d'une description plus précise d'un type ancien, et d'une dénomination vicieuse à rectifier ou à expliquer.

C'est ce que nous allons examiner à la fin de cette étude.

Autres cas probables du même type morbide.

Il existe sans aucun doute dans la science d'autres cas déjà publiés de la même dermatose, mais ils ne sont pas suffisamment nets pour que nous puissions les relater dans ce travail comme constituant des types de l'affection dont nous voulons établir l'existence.

Citons parmi eux, en ne les mentionnant toutefois qu'avec réserves et points d'interrogation :

1° Peut-être le cas publié par MM. les Drs H. Hallopeau et Jeanselme sous le titre : Ichthyose avec hypotrophie simulant une sclérodermie.

2° Très probablement le cas publié par MM. les Drs H. Hallopeau et Watelet sous le titre : Forme atténuée de la maladie dite ichthyose fœtale.

3° Très probablement le cas publié par le Dr A. Sangster sous le nom de Congenital exfoliation of the skin (keratolysis exfoliativa ?) (*British Journal of Dermatology*, février 1895, p. 37), cas à propos duquel notre excellent collègue et ami M. le Dr Galloway a bien voulu nous donner les plus précieux détails.

4° A peu près certainement le cas publié par C. Rasch sous le nom d'Erythrodermia exfoliativa universalis congenita familiaris (*Dermatologische Zeitschrift*, Bd VIII, H. 6), cas présenté à la Société danoise de dermatologie le 3 avril 1901. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans dont deux frères, morts à l'heure actuelle, étaient atteints de la même affection.

5° Probablement aussi le cas dont M. le professeur Fournier a parlé le 6 août 1900 au Congrès de dermatologie, après notre communication, et dans lequel il s'agit d'un enfant de sept ans, hérédo-syphilitique, qui naquit dans un état de rougeur et de macération des téguments qui fit croire qu'il ne vivrait pas. Plus tard il présenta une desquamation de la peau, persistante, ichthyosique, accompagnée de kératodermie palmaire et plantaire. De temps en temps il se

produit chez lui des éruptions bulleuses qui s'accompagnent d'un état fébrile assez marqué.

6° Probablement aussi le cas présenté par M. Kaposi le 17 mai 1895 à la Société viennoise de dermatologie (*Wiener klin. Wochens.*, 1895, p. 387), sous le nom d'ichthyose, et dans lequel il s'agissait d'un garçon de treize ans, à face plâtreuse, dont les téguments d'un rouge pâle uniforme pouvaient faire penser au premier abord à un eczéma, à un psoriasis, ou à un lichen ruber généralisés, etc...

Encore une fois nous croyons que les cas 2, 3, 4, 5 et 6, peut-être même le cas 1 que nous venons de mentionner, sont des exemples de notre dermatose, ce qui porterait à 12 le nombre des cas actuellement connus ; mais nous ne pouvons nous appuyer sur eux pour étayer la conception et la description de cette entité morbide nouvelle, car les relations qui en ont été données ne sont pas assez précises et n'entraînent pas suffisamment la conviction.

Il en est peut-être de même des deux cas de Lang (Ichthyose avec rétraction de la peau : *Congrès médical de Strasbourg*, septembre 1885), dans lesquels la peau était raide, brillante ; il y avait de l'ectropion, des bulles et des vésicules, etc... : il s'agissait du frère et de la sœur), et des deux cas de Caspary, dans lesquels il y avait de la rougeur généralisée du derme, de l'ectropion, de la desquamation, etc. Voir *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1887, p. 423.

Dans ces 4 derniers cas les cheveux étaient rares. Ce n'est pourtant pas là une raison suffisante pour ne pas les faire rentrer dans le type morbide que nous étudions, car les malades peuvent fort bien avoir une croissance rapide des cheveux tout en les ayant clairsemés. Si donc on les admet dans notre cadre, on arrive déjà à un total de 16 cas connus.

Par contre, nous croyons devoir signaler, pour les éliminer, quelques autres documents que l'on serait peut-être tenté d'assimiler à ceux qui précèdent.

Citons parmi eux le cas publié par Norman Moore dans les *Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, vol. X, 1874, p. 125 ; le cas de John W. Byers, cas de pityriasis rubra associé à de l'ichthyose, (*Medical Times and Gazette*, 25 sept. 1880, p. 374) ; le cas de M. le Dr Danlos : Érythrodermie chronique en réseau avec ichthyose (*Société française de Dermat. et de Syph.*, 8 déc. 1896); les cas décrits sous le nom d'ichthyose fœtale ou intra-utérine grave. Mais il serait à la rigueur possible que notre type morbide ne fût, comme le croit notre ami M. le Dr Thibierge, qu'une forme atténuée de la même affection.

C'est même là une très grosse question qu'il est pour ainsi dire impossible de résoudre à l'heure actuelle avec les documents dont

nous disposons. Nous allons y revenir en examinant les relations de notre type morbide avec les diverses *dermatoses connues* qui l'avoisinent.

Y a-t-il des formes localisées de l'affection que nous étudions?

Dans les faits dont nous venons de parler, la dermatose était généralisée à toute l'étendue des téguments. C'est même là, semble-t-il, un de ses caractères essentiels. Y a-t-il des cas d'éruption localisée qui doivent en être rapprochés? En d'autres termes, y a-t-il une variété localisée de cette dermatose? Sans pouvoir donner une réponse précise, nous croyons qu'il est possible qu'il y en ait des exemples. Peut-être faut-il ranger dans cette catégorie les cas de Rona (Hochgradige Ichthyosis im Säuglingsalter : *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1889, n° 3), et ceux de G. T. Elliot (Two cases of intra-uterine ichthyosis : *Journal of cut. and genito-urinary diseases*, janvier 1891). Dans ces deux derniers cas les cheveux étaient abondants malgré la présence sur tout le cuir chevelu d'une épaisse couche uniforme d'épiderme corné donnant au toucher une sensation graisseuse grâce à l'adjonction de matière sébacée. L'auteur a été très étonné de cette exubérance du système pileux et de l'intégrité des ongles des doigts et des orteils, ce qui ne lui paraissait guère cadrer avec les symptômes habituels de l'ichthyose intra-utérine dans laquelle les auteurs signalent la pauvreté, parfois même l'absence du système pileux.

Peut-être aussi faut-il en rapprocher les kératodermies érythémateuses symétriques congénitales dont on trouve dans la littérature médicale d'assez nombreux exemples? Toutes ces questions sont à reprendre et demandent à être approfondies.

Résumé des principaux caractères cliniques des faits précédemment cités.

Quand on lit avec quelque attention les observations précédentes, on est frappé tout d'abord de ce premier caractère d'importance primordiale, que cette affection débute pour ainsi dire toujours (1) dès la naissance, qu'elle est même congénitale, qu'elle persiste ensuite sans grandes modifications, sans troubles marqués de la santé générale, pendant de longues années. Elle offre donc un caractère de pérennité des plus nets. Cependant elle semble pouvoir s'atténuer, se modifier même dans certains de ses symptômes, à mesure que le sujet avance en âge. C'est ainsi que, dans les variétés bulleuses,

(1) Il semble au premier abord que notre observation IV fasse exception à cette loi. Nous n'osons pas affirmer, mais nous sommes convaincu qu'il y a eu là une erreur d'interprétation et de rédaction. Nos souvenirs sont assez précis à cet égard. Cependant en présence du document écrit nous ne voulons pas affirmer, nous le répétons intentionnellement.

l'apparition des bulles peut être de plus en plus rare, et cesse même de se produire à mesure que le malade arrive à l'adolescence et à l'âge adulte. Il n'en est pas moins vrai que nous ne connaissons pas encore de cas de guérison. *Congénitalité, pérennité*, tels sont donc deux des caractères majeurs de cette curieuse affection.

Au point de vue objectif, ce qui domine, c'est une *rougeur généralisée du derme*, rougeur parfois peu marquée, surtout en certaines régions telles que la face, le thorax, l'abdomen, pouvant même être assez légère pour ne pas attirer l'attention des observateurs. On a une certaine tendance à n'en pas tenir grand compte, car nous l'avons constatée dans nos trois cas, et dans deux d'entre eux d'éminents dermatologistes, qui l'avaient cependant remarquée, avaient négligé de la mentionner dans leur exposé des symptômes.

Parfois cette rougeur est intense, surtout en certaines régions comme le cou, les plis articulaires, les membres : elle peut l'être assez pour conduire au diagnostic de pityriasis rubra pilaris, ou de pemphigus foliacé. Elle semble s'atténuer, du moins dans certains cas, à mesure que le sujet avance en âge.

Il existe en outre une *exagération considérable* en certaines régions des *saillies papillaires*. Ce symptôme, qui manque ou tout moins qui semble manquer macroscopiquement à la face, à la partie antérieure du thorax, etc... est surtout accentué au cou, vers la nuque, aux grands plis articulaires. Il atteint en ces derniers points un développement parfois extraordinaire, rappelant avec exagération l'acanthosis nigricans, avec cette différence que la teinte des téguments est nettement rouge, et que la coloration des squames qui coiffent et hérissent les saillies papillaires disposées en rangées linéaires est d'un blanc grisâtre, parfois un peu brunâtre.

Ce symptôme si frappant se relie à une *hyperkératose accentuée généralisée* qui donne au premier abord au malade l'aspect général d'un ichthyosique et même d'un sujet atteint d'ichthyose cornée, hystrix par places ; c'est même là presque toujours le premier diagnostic que l'on pose ; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que les plis articulaires sont très atteints, que la maladie semble même y avoir son maximum de développement, de telle sorte que les maxima de l'affection ont des localisations exactement inverses de celles des maxima de l'ichthyose vraie ; ce qui est une anomalie des plus importantes : d'ailleurs la rougeur généralisée des téguments ne permet pas de ranger purement et simplement cette dermatose dans l'ichthyose simple.

Le processus hyperkératosique peut affecter la paume des mains et la plante des pieds à un tel degré qu'il y constitue des amas énormes de matière cornée d'aspect jaunâtre, presque villeuse, comme ambrée, rappelant les hyperkératoses arsenicales les plus dévelop-

pées. Il est même permis de se demander si, à ce degré, elle n'est pas consécutive à l'administration des préparations arsenicales, car nous ne l'avons pas constatée chez ceux qui n'en avaient pas fait usage.

Tous nos malades présentaient une *sécrétion séborrhéique des plus abondantes au niveau du cuir chevelu ;* ils en avaient également, mais en proportions beaucoup plus minimes, au niveau de la partie médiane de la face. Au cuir chevelu cette sécrétion est parfois tellement exagérée qu'elle forme en quelques jours une couche sébacée, épaisse et adhérente de plusieurs millimètres d'épaisseur. Au-dessous d'elle, chez le malade d'E. Vidal, les papilles dermiques étaient hypertrophiées, comme papillomateuses; elles saignaient facilement.

Un autre symptôme des plus extraordinaires est la *rapidité de croissance des annexes de l'épiderme, des poils et des ongles*, que l'on est obligé de couper deux ou trois fois plus souvent que chez un individu sain ; chez certains sujets les poils du corps, en particulier ceux des membres, se développent par places d'une manière excessive : les ongles sont bombés ; ils ont une certaine tendance à se recourber dans le sens de leur longueur. C'est cette rapidité de croissance des phanères, qui avait engagé le regretté E. Vidal à proposer pour cette dermatose le nom d'*hyperépidermotrophie*. Mais nous devons ajouter que ces malades peuvent avoir une chevelure assez clairsemée, quoique leurs rares cheveux croissent avec une réelle rapidité. Donc ici, allongement rapide des cheveux ne signifie pas toujours chevelure touffue et opulente.

Nous avons vu que dans certains de ces faits, pas dans tous, il se produit d'une manière continue, surtout dans les premières années de la vie, parfois d'une manière intermittente, et alors d'autant plus rarement que le sujet est plus âgé, des *soulèvements bulleux de l'épiderme*, irréguliers de forme, contenant une sérosité opaline, d'aspect flaccide, rappelant assez bien les bulles du pemphigus foliacé. Ces soulèvements épidermiques qui ne s'accompagnent pas de prurit, mais des simples douleurs dues à la vésication des téguments, se forment surtout sur les membres, en particulier au niveau des membres inférieurs, des jambes et des pieds.

Il semble donc qu'il puisse y avoir deux formes, l'une bulleuse, l'autre sèche, de cette dermatose (1).

Quant à la pathogénie de cette affection, rien n'est encore plus obscur. Nous ne pouvons retenir qu'une seule influence qui semble peut-être jouer un certain rôle, c'est la syphilis héréditaire. Mais, si la syphilis intervient pour quelque chose dans la genèse de cette

(1) Nous renvoyons, pour l'étude histologique des lésions de l'épiderme et du derme, à l'observation reproduite plus haut du Dr Nikolsky, et à celle du Dr Rasch.

maladie, elle ne le fait certainement que d'une manière fort détournée ; on ne saurait, en effet, la considérer comme une manifestation directe d'hérédité syphilitique modifiable par le traitement antisyphilitique.

D'après le court schéma qui précède, on voit donc que cette curieuse dermatose diffère : 1° *De l'ichthyose vulgaire*, par la rougeur des téguments, par l'hyperépidermotrophie si accentuée, par l'intensité de la séborrhée du cuir chevelu, par son apparition dès la naissance ; mais surtout par ses localisations : ici les grands plis articulaires sont envahis : c'est à leur niveau que les saillies papillaires sont le plus développées. Les parties médianes du tronc sont plus atteintes que les parties latérales ; il en est de même pour les surfaces de flexion. En un mot, comme nous l'avons dit plus haut, les maxima de cette affection ont des localisations inverses des localisations des maxima de l'ichthyose vraie.

2° Du *pityriasis rubra pilaris*, par sa congénitalité, par la généralisation d'emblée du processus morbide, par l'aspect des desquamations, par l'absence de papules circumpilaires nettes.

3° Du *pityriasis rubra vrai*, par sa congénitalité, par son évolution, par sa pérennité avec absence de symptômes généraux graves, par la forme des squames qui sont stratifiées, ichthyosiformes, par l'exagération des saillies papillaires, par l'hyperépidermotrophie.

4° Du *pemphigus foliacé*, par sa congénitalité, par son évolution, par la non généralisation et l'inconstance du processus bulleux, par l'intégrité de l'état général, etc...

Il est inutile d'insister plus longuement sur ces différences fondamentales qui séparent le type que nous étudions des types morbides classiques ci-dessus mentionnés ; mais nous devons maintenant examiner plus à fond les relations que les faits que nous venons d'exposer peuvent avoir avec les diverses desquamations congénitales, et en particulier avec ce que l'on a désigné sous le nom d'*ichthyose fœtale*.

Ce type morbide est-il une forme atténuée de ce que l'on a appelé l'ichthyose fœtale ?

Quand on relit les observations qui ont été publiées sous le nom d'ichthyose fœtale ou intra-utérine, on s'aperçoit bien vite qu'elles ne sont pas toutes comparables entre elles.

Il existe un type morbide incontestable, des plus nets, caractérisé par « un épaississement considérable de l'épiderme, par des fissures souvent très développées, entamant une épaisseur variable du derme, malformation qui entraîne le plus ordinairement la mort très rapide de l'enfant » (Thibierge, art. Ichthyose de la *Pratique dermatologique*). « L'enfant au moment de sa naissance semble couvert

d'une couche d'enduit sébacé desséché, de couleur sale, jaune clair, la peau a la consistance du cuir dur et est sillonnée de fissures irrégulières plus ou moins profondes, mettant le derme à nu, circonscrivant des plaques plus ou moins larges, et plus ou moins épaisses ; les fissures peuvent atteindre jusqu'à cinq et même dix millimètres d'épaisseur. La face est surtout hideuse, presque informe. La bouche est arrondie, largement ouverte, les lèvres sont sillonnées de fissures profondes..., la langue forme une sorte de gros moignon rouge. La saillie du nez est remplacée par deux orifices ou mieux deux dépressions comblées par l'épiderme qui borne ces orifices et forme une sorte de membrane blanche, résistante et épaisse... A la place des yeux, on voit deux gros bourgeons rouges, mollasses, d'apparence charnue, constitués par la hernie de la conjonctive à travers les paupières en ectropion... etc... Les enfants qui présentent de telles lésions sont condamnés à mourir rapidement : dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours, ils succombent soit à l'inanition résultant de l'impossibilité de la succion par une bouche aux lèvres rigides, soit à l'asphyxie résultant de l'obstruction nasale et de l'immobilisation du thorax, soit aux infections qui ont pour portes d'entrée les fissures dermo-épidermiques » (Thibierge, *loc. cit.*)

Sur ce premier type tout le monde s'entend ou à peu près. On lui a donné les noms d'*ichthyose fœtale ou intra-utérine*, de *kératome diffus congénital*, de *kératome malin congénital*, d'*hyperkératose diffuse congénitale*, etc...

A côté de ce premier groupe de faits il en existe un autre des plus rares que Jules Grass et Louis Török ont bien mis en lumière dans leur travail de 1895 (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1895, p. 104), sur un cas d'*exfoliation lamelleuse des nouveau-nés* ou *ichthyosis sebacea de Hebra*. Il s'agit simplement dans ces cas d'une variété de la desquamation physiologique des nouveau-nés qui n'a aucune relation ni avec la séborrhée, ni avec l'ichthyose fœtale, ni avec l'ichthyose vulgaire. Cette anomalie est due à une cohérence plus forte des cellules cornées de l'embryon, d'après Bowen à la persistance chez le nouveau-né de la couche épitrichiale (1). Elle est passagère, et on voit rapidement la peau du nouveau-né prendre un aspect normal. Ces faits ont été bien vus par Hebra et Kaposi qui leur ont donné la dénomination erronée d'*ichthyose sébacée*. D'autres auteurs leur ont donné le nom d'*ichthyose congénitale*.

Ces deux groupes sont assez nets. Par malheur, les dénominations

. JOHN T. BOWEN. The epitrichial layer of the epidermis and its relationship to yosis congenita. *Journal of cut. and genito-urinary diseases*, déc. 1895, p. 485.

d'ichthyose fœtale (kératome diffus malin congénital), et d'ichthyose congénitale (exfoliation lamelleuse des nouveau-nés) ont été confondues par quelques auteurs, ce qui a créé les malentendus les plus regrettables. En outre, d'autres états morbides ont été rattachés à tort ou à raison à ces deux types primordiaux (1).

Kaposi s'est demandé si l'epidermitis « dermatitis » exfoliativa neonatorum ne doit pas être rapprochée de l'ichthyosis sebacea ; on sait que, dans la dermatite exfoliative des nouveau-nés, la rougeur du derme intervient comme élément majeur ; mais, malgré ce point de ressemblance avec les faits que nous étudions, nous n'hésitons pas pour notre part à déclarer qu'il s'agit là de deux types morbides essentiellement dissemblables.

Il nous faut maintenant aborder la question capitale : on a rattaché à l'ichthyose fœtale, au kératome diffus malin congénital toute une série de cas à lésions atténuées, permettant la survie, dans lesquels on a rangé les faits de Caspary, de Behrend, de Lang, de Hallopeau et Watelet, de Seligmann, de Munnich, etc., et dans lesquels on a voulu trouver toutes les transitions entre le kératome diffus malin congénital et l'ichthyose vulgaire. On devrait peut-être y faire rentrer également le fait de Sherwell (2) qui se rapproche singulièrement de notre type morbide, peut-être aussi celui de Manning et Southworth qui semble cependant avoir des rapports plus étroits avec le type de Grass et Török, mais dans lequel la mort survint huit jours après la naissance par affaiblissement graduel.

Voici ce que dit M. le Dr Thibierge dans son récent article Ichthyose fœtale de la *Pratique dermatologique* : « A des degrés moins accen-
« tués, les lésions permettent la survie. Au moment de la naissance
« le surtout épidermique moins épais et plus extensible permet plus
« ou moins l'occlusion de la bouche, n'est pas sillonné de fissures
« profondes ; l'épiderme est seulement épaissi, sur la totalité du corps,
« fissuré superficiellement par places ; le nez est souvent aplati, les
« paupières en ectropion, la conjonctive plus ou moins herniée.
« Parfois même, comme dans les cas de Caspary, de Behrend, de
« Hallopeau et Watelet, on ne constate au moment de la naissance
« qu'une sorte de pellicule blanche, tendue par-dessus le derme, qui
« se fendille par places, surtout au niveau des plis normaux de la
« peau, rappelle l'aspect d'un enduit de collodion en voie d'éclate-

(1) Voir le très intéressant mémoire de A. Carini : Di una forma attenuata della cosidetta « ittiosi sebacea » (ittiosi lamellare). *Giornale Itatiano delle malattie veneree e della pelle*, mars 1895, p. 82.

(2) Samuel Sherwell. Ichthyosis congenita (So called Harlequin fœtus). History of a case still living. *Journal of cut. and genito-urinary diseases*, sept. 1894, p. 385.

« ment, et gêne les mouvements des membres, mais les déformations « hideuses du visage font défaut (1).

« Avec des soins convenables, et d'autant plus aisément que les « lésions primitives sont moins intenses, ces enfants peuvent être « élevés, se développer normalement, et vivre jusqu'à un âge avancé. « Mais ils conserveront pendant toute leur existence des altérations « cutanées prononcées, d'autant plus accusées que leurs téguments « étaient plus altérés au moment de la naissance.

« Ces altérations cutanées se rapprochent singulièrement de « celles de l'ichthyose vraie : comme celles-ci, elles consistent en « squames sèches, adhérentes, séparées par des dépressions super- « ficielles, ayant l'aspect d'écailles de dimensions variables ou de « productions verruqueuses. Elles diffèrent cependant par quelques « caractères des lésions tégumentaires de l'ichthyose vraie : les « squames sont plus souvent détachées sur leurs bords, elles « s'imbriquent aussi plus souvent, leurs intervalles sont fréquemment « marqués non seulement par une craquelure épidermique, mais « par une véritable cicatrice dermique superficielle ; il en résulte, « après la chute des squames, la persistance d'un léger quadrillage « marqué par des traînées cicatricielles linéaires irrégulièrement « entrecroisées. En outre, les plis articulaires, qui sont indemnes « dans l'ichthyose vraie, sont, au contraire, dans l'ichthyose fœtale le « siège des lésions les plus accusées ; ils sont occupés par des pro- « ductions épidermiques épaisses, mamelonnées, verruciformes, « disposées en séries linéaires. Enfin les fonctions glandulaires du « tégument sont relativement respectées par l'ichthyose fœtale ; la « sécrétion sudorale est conservée, parfois presque normale. Les « poils, tout en étant moins abondants que chez les sujets sains, et « les ongles ont une poussée particulièrement active ; ce dernier « caractère, que j'ai recherché à l'instigation de Brocq chez deux de « mes malades, rapproche l'ichthyose fœtale du type clinique de kéra- « tose congénitale auquel il a donné le nom d'hyperépidermotrophie « généralisée. » (Thibierge, *loc. cit.*)

Nous avons tenu à faire cette citation in extenso, car elle nous permet de poser nettement la question.

On voit que M. le D[r] Thibierge semble ne pas vouloir identifier totalement son type clinique ichthyose fœtale bénigne avec notre type morbide complet avec bulles, mais qu'il l'en rapproche. En outre, il relie le type sans bulles à l'ichthyose fœtale dont il ne constitue pour lui qu'une forme atténuée. Il conserve à ce groupe le nom d'ichthyose et le place à côté de l'ichthyose vraie.

(1) Il faut dans ces cas rechercher s'il ne s'agit pas du type beaucoup plus simple de Grass et Török.

Il nous semble : 1° que le type ichthyose fœtale grave ne saurait être intimement réuni à l'ichthyose vulgaire malgré ce qu'en ont dit Caspary et les histologistes. Les caractères cliniques et les lésions de ces deux ordres de faits sont par trop différents pour que ce soit possible. Il nous paraît bien plus logique de réserver désormais à ce type clinique le nom de *kératome diffus malin congénital*, qui indique fort bien ses grands caractères distinctifs et ne préjuge en rien de sa véritable place dans le cadre nosologique ;

2° Que les faits que nous avons relatés au commencement de ce travail ne peuvent pas être assimilés aux précédents ; qu'ils en soient la forme atténuée, c'est possible ; mais quels sont les arguments qui le démontrent? Nous y trouvons parfois, c'est vrai, un léger degré de rétraction des téguments et d'ectropion, mais c'est là l'unique ressemblance; or, toutes les inflammations chroniques du visage, on le sait, peuvent à la longue entraîner de l'ectropion. En tous cas s'ils en sont une forme atténuée, ce que nous voulons bien admettre, il n'en est pas moins vrai que leur physionomie clinique est tellement spéciale, qu'ils sont dignes d'une description particulière ;

3° Que ces faits ne peuvent pas être assimilés à l'ichthyose vulgaire : ils en diffèrent surtout par trois ordres de phénomènes cliniques sur lesquels les auteurs n'ont pas jusqu'ici suffisamment insisté : A. Ce sont des érythrodermies plus ou moins accentuées comme intensité de teinte, mais des plus nettes, fait majeur que les dermatologistes qui se sont occupés de ces malades n'ont pas mis en relief, fait capital qui suffit à les séparer complètement des véritables ichthyoses ; B. Les lésions atteignent leur maximum de développement aux grands plis articulaires, à l'inverse de l'ichthyose vraie ; de telle sorte que les localisations de leurs maxima sont exactement l'inverse des localisations des maxima de l'ichthyose vraie ; C. Les poils et les ongles poussent avec rapidité, à l'encontre de ce qui se passe dans l'ichthyose vraie.

Il n'est donc guère possible de leur conserver le nom d'ichthyose ; ils sont à certains égards *ichthyosiformes*, mais ce ne sont pas des ichthyoses.

Si l'on veut quand même les relier intimement à ce que l'on appelle l'ichthyose fœtale et en faire une forme atténuée de cette affection, il faut modifier la description actuellement connue de ces formes atténuées, et y faire entrer pour une large part un symptôme à notre sens majeur, et qui jusqu'ici a été complètement passé sous silence, nous voulons parler de l'érythrodermie. Certes il ne peut guère servir à établir un critérium histologique pour la différenciation de ce type, car on sait combien l'érythrodermie par elle-même donne peu de lésions histologiquement pathognomoniques ; mais, au point de vue

clinique, il a une importance réellement capitale : il suffit à différencier nettement notre type morbide de tous ceux avec lesquels il a été confondu jusqu'ici.

Nous sommes donc en présence de ce dilemme : ou bien décrire à part, comme distincts de ce que l'on a dénommé ichthyose fœtale atténuée, les faits que nous avons relatés plus haut, en faire un type morbide nouveau, et leur donner un nom spécial, et pour notre part nous adopterions volontiers cette solution ; ou bien, si tous les faits décrits sous le nom d'ichthyose fœtale atténuée sont des érythrodermies, changer leur dénomination qui consacre une grossière erreur clinique, et modifier d'une manière capitale leur symptomatologie.

Des recherches ultérieures permettront d'élucider cette question d'une manière définitive ; dès maintenant elle est nettement posée ; nous convions les travailleurs des divers pays à lui donner une solution précise et scientifique.

ULCÈRE BULLEUX RÉCIDIVANT DES MEMBRES INFÉRIEURS

Par le Dr **Du Castel**
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de médecine

J'observe depuis plusieurs années un malade dont l'état m'intéresse particulièrement : c'est un homme atteint d'un ulcère de jambe dont les allures diffèrent absolument de celles que nous voyons décrites dans les auteurs classiques.

E..., Alexandre, cuisinier, âgé aujourd'hui de trente-quatre ans, est un homme de haute taille, de constitution vigoureuse. Il ne connaît dans sa famille aucun vice de santé héréditaire ; il a toujours habité la France ; tout au plus peut-on lui reprocher un léger degré d'alcoolisme. A l'âge de vingt-cinq ans, E... aurait eu une petite écorchure de la verge qui guérit spontanément : cette écorchure n'a laissé à sa suite aucune cicatrice. Depuis cette époque, il n'est survenu chez notre malade aucun accident, aucune éruption qui puisse faire soupçonner un accident, une lésion de nature syphilitique. E... ne se rappelle avoir jamais fait aucune maladie sérieuse. En 1896, à la suite d'une contusion de la jambe, il vit survenir au niveau de celle-ci une large ecchymose; il n'y eut pas de plaie : le malade resta quelque temps sans marcher; la guérison de l'ecchymose se fit régulièrement par résorption progressive du sang épanché. Quelques semaines après, E... voyait apparaître au niveau où l'ecchymose avait existé, un soulèvement de la peau rempli de liquide clair comme de l'eau ; celui-ci se rompit en laissant à sa place une excoriation de la peau, qui se cicatrisa difficilement et incomplètement. E... reprit la marche prématurément et l'ulcération se rouvrit dans toute son étendue; le malade vint au pavillon Gabrielle demander mes soins.

Depuis 1896 j'observe le malade; il y a eu reproduction et guérison de l'ulcère à plusieurs reprises; voici comment les accidents évoluent : L'ulcération est guérie laissant à sa place une cicatrice mince, lisse, légèrement déprimée, très vasculaire ; tout à coup toute la surface de la cicatrice se recouvre de bulles volumineuses remplies d'un liquide séreux, quelquefois séro-sanguinolent; en quelques heures, l'épiderme se détache et une vaste ulcération se produit occupant la place de l'ancienne ulcération, l'occupant généralement dans toute son étendue.

L'ulcération à sa période d'état est à cheval sur le bord antérieur du tibia, plus développée sur la face interne que sur la face externe; sa hauteur est de 17 centimètres; elle commence 5 centimètres au-dessus de la malléole interne ; la partie la plus large, qui correspond à peu près à la partie médiane de la jambe, mesure environ 14 centimètres ; à ce niveau l'ulcère empiète un peu sur la partie interne du mollet : la surface dénudée va se rétrécissant vers les extrémités et est sensiblement moins large à leur niveau, surtout à l'extrémité inférieure, qu'au niveau de la partie moyenne.

L'ulcération est sans profondeur, son fond est à peu près de niveau avec les parties saines, on pourrait dire qu'il s'agit d'une érosion étendue plutôt que d'une véritable ulcération : la profondeur est du reste sensiblement la même dans toute la surface. La couleur est d'un rouge vif un peu foncé. La surface est plane et recouverte de bourgeons extrêmement fins, on pourrait presque dire de granulations, très vasculaires. Il n'y a pas de suppuration à proprement parler, mais plutôt un suintement séreux ou séro-sanguinolent.

Les bords de l'ulcère sont découpés, forment des festons polycycliques et macrocycliques : les arcs de cercle limitrophes ont des diamètres assez variables et représentent des surfaces ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, de deux francs en argent.

La limite entre l'ulcération et les tissus sains est nette ; il n'y a pas de ressaut sensible entre ceux-ci et celle-là, tout au plus ce ressaut a-t-il la hauteur de l'épiderme conservé sur la peau limitrophe, disparu sur la surface malade au moment de la rupture des bulles initiales.

La peau avoisinante est sensiblement saine, elle est légèrement congestionnée et violacée ; elle ne présente pas les caractères d'une inflammation vive, aiguë ou chronique, elle n'est pas infiltrée et épaissie ; le tissu cellulaire, situé au-dessous de l'ulcération, ne l'est pas davantage.

Quand le malade marche, il se produit rapidement un œdème périmalléolaire limité au membre malade ; rien de pareil ne survient sur le membre droit.

A peine constituée, l'ulcération va tendre vers la guérison. Elle se recouvre de bourgeons charnus exubérants, d'un rouge éclatant, très vasculaires, saignant facilement : il faut à chaque instant toucher la surface malade avec le crayon de nitrate d'argent pour réprimer une végétation luxuriante.

Au cours même du travail de réparation, la tendance à la production de bulles se réveille et se manifeste à nouveau ; il y a des poussées d'éruptions bulleuses au niveau et quelquefois au pourtour de la plaie. Au pourtour de la plaie, on voit apparaître quelques bulles des plus nettement caractérisées d'un à deux centimètres de diamètre qui guérissent rapidement sans donner naissance à des ulcérations. L'éruption qui se produit au niveau de la plaie est plus curieuse à étudier.

Parfois ce sont de véritables bulles, fortement distendues par un liquide séreux ; en un ou deux jours, elles disparaissent, probablement par rupture et on ne voit plus trace de leur existence sur la surface ulcérée. En même temps que ces bulles et dans leurs interstices, il se forme de petites taches parfaitement arrondies, grisâtres, lardacées, légèrement surélevées. Ces taches persistent un peu plus longtemps que les véritables bulles ; elles paraissent être des bulles incomplètement développées par suite de la constitution anormale du terrain sur lequel elles sont apparues.

Au cours d'une de ces poussées éruptives on peut compter dix, quinze bulles ou taches lardacées sur la surface malade. La production de ces deux lésions me paraît indiquer qu'au moment de la rupture des bulles de la poussée éruptive première, les couches superficielles de l'épiderme ont été seules enlevées, tout au moins dans une partie de la lésion ; dans une

certaine étendue de la surface malade, si ce n'est dans toute son étendue, les couches les plus profondes de l'épiderme ont été conservées, et c'est au niveau de cet épiderme conservé que se font les productions nouvelles de bulles, que j'étudie actuellement. Quelquefois les poussées éruptives sont caractérisées uniquement par la production de taches arrondies lardacées au niveau de la plaie ; il n'y a pas apparition simultanée de véritables bulles.

En dehors et en arrière de l'ulcère principal, un autre ulcère plus petit s'est montré à l'époque de la première éruption ; il succédait aussi à l'apparition d'une bulle ; il a évolué de la même façon. Les deux ulcères sont toujours restés indépendants l'un de l'autre. Cet ulcère plus petit ne se rouvre pas chaque fois que le grand se reproduit. La place où il a existé, on voit actuellement une cicatrice arrondie, lisse, blanche, de la dimension d'une pièce de deux francs.

Les troubles de la sensibilité sont insignifiants : l'ulcère n'est par lui-même pas douloureux quand le malade est au repos. Quand le malade essaie de marcher, il éprouve une sensation de tiraillement douloureux qui se produit d'abord au niveau et au pourtour de la plaie et s'étend rapidement à tout le membre.

La peau, qui avoisine l'ulcère, n'est ni hyperesthésiée, ni anesthésiée en aucun de ses modes ; il en est de même de la peau dans toute la longueur du membre malade ; il n'existe pas de points douloureux sur le trajet du sciatique. Pas de troubles trophiques appréciables.

Fonctionnement régulier du rectum et de la vessie. Peut-être une légère diminution de volume des muscles de la jambe, surtout des masses antéro-externes. Réflexes rotuliens normaux.

La guérison de l'ulcération, après chaque reproduction, se fait avec une rapidité assez grande si l'on tient compte de son étendue : la cicatrice est extrêmement mince, comme une pelure d'oignon et laisse voir par transparence un nombre considérable de vaisseaux assez volumineux, de couleur violacée, d'apparence veineuse. Cette cicatrice est lisse, régulière, très légèrement déprimée au-dessous de la peau environnante.

Les périodes de guérison ne durent que quelques mois : que le malade garde le repos ou qu'il marche avec précaution, au bout de ce terme, un jour donné, l'éruption bulleuse se reproduit et le cycle morbide recommence.

A la partie interne de la cuisse, à la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen, il existe une cicatrice lisse, arrondie, blanche, ressemblant beaucoup à celle du mollet. Le malade déclare que cette cicatrice s'est produite il y a deux ans ; elle aurait été précédée d'une croûte qui s'est détachée spontanément sans aucun traitement ; c'est le seul renseignement qu'il puisse nous fournir au sujet de cette cicatrice, dont il est impossible de déterminer exactement l'origine.

L'histoire de ce malade se rapproche beaucoup de l'histoire d'une jeune fille dont mon interne M. Weber a publié l'observation dans le *Bulletin médical* du 17 juillet 1895.

Au n° 35 de la salle Biett est couchée une jeune fille de vingt-deux ans, venue de la province à Paris pour se faire soigner d'ulcérations rebelles des

jambes, ulcérations dont elle est atteinte depuis plusieurs mois. Juliette D... appartient à une famille dont l'état de santé paraît être excellent ; elle a encore son père et sa mère, un frère et deux sœurs, tous bien portants, ne présentant aucune infirmité, aucune tare pathologique. Notre malade est bien constituée, d'une force au-dessus de la moyenne ; à l'âge de six ans, elle a eu une rougeole assez forte ; de sept à douze ans, elle a été sujette à des maux de tête intenses.

En 1892 elle a été atteinte d'un œdème non douloureux des jambes s'étendant des chevilles aux genoux et respectant les pieds.

Quelque temps après, elle eut un eczéma de la face qui dura trois mois. En février 1893 survint un soi-disant eczéma généralisé qui dura huit mois, et pendant lequel, s'il faut s'en rapporter au dire de la malade, de grandes et abondantes écailles se détachaient de toute la surface du corps. Il y a peut-être lieu de se demander s'il n'y eut pas à cette époque une grande dermatite exfoliante plutôt qu'un eczéma.

Depuis cette époque la malade est restée fatiguée ; elle présente le soir un léger œdème des jambes.

Il y a quinze mois, elle a vu survenir sur les jambes une éruption caractérisée par la production de bulles arrondies du volume d'une pièce de cinquante centimes, renfermant un liquide aqueux, dont l'apparition était précédée par un prurit local très accusé.

La production des bulles s'est répétée depuis lors à plusieurs reprises en changeant de place.

Un certain nombre de ces bulles sont suivies d'ulcération, d'autres guérissent sans en présenter.

Actuellement il existe à la partie interne du tiers moyen de la jambe droite une ulcération allongée, limitée par des bords polycycliques à grands cercles ; ces bords sont taillés à pic et ont un à deux millimètres de hauteur ; ils ne sont ni décollés, ni indurés ; la surface de l'ulcération est rouge et bourgeonnante. Au pourtour de l'ulcère, la peau est rouge, non épaissie, non indurée, sans aspect cicatriciel. Quelques petites ulcérations nettement arrondies, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, existent aux environs de l'ulcère principal.

A la face interne de la jambe gauche, au-dessus de la malléole, on voit aussi deux ulcérations nettement arrondies, l'une de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, l'autre grande comme une pièce de cinq francs. Leur aspect général est le même que celui de l'ulcère de la jambe droite. Sur le dos du pied droit se voit la trace de deux bulles dont la guérison s'est faite sans ulcération. A la partie inférieure des deux jambes, quelques veines variqueuses très peu volumineuses, d'un calibre de deux à trois millimètres. Pas d'œdème. La sensibilité des membres inférieurs, le réflexe patellaire sont normaux ; il y a diminution des réflexes à la suite des excitations de la plante du pied. Aucune lésion viscérale. Scoliose latérale gauche très accusée à la partie inférieure de la région cervicale.

En résumé, mes deux malades sont atteints d'une éruption bulleuse chronique à répétitions ; cette éruption est suivie de la production d'ulcérations présentant un certain nombre de caractères

toujours les mêmes ; ces ulcérations sont superficielles, on pourrait presque dire que ce sont de vastes érosions : le tissu morbide est extrêmement vasculaire ; le bourgeonnement se fait avec une activité remarquable, il est exubérant ; la cicatrisation s'opère avec une rapidité grande proportionnellement à l'étendue de l'ulcération ; au cours de la réparation, il se produit autour de la plaie des éruptions bulleuses dont la plupart ne semblent pas reculer sensiblement la guérison ; en même temps que cette dernière éruption bulleuse se montre sur la peau, on voit se produire sur les surfaces ulcérées des taches arrondies diphthéroïdes de dimensions à peu près égales à celles des bulles ; ces taches semblent bien le résultat d'un processus pathologique analogue à celui qui produit les bulles sur la peau : il semble que bulles de la peau et taches diphthéroïdes de l'ulcération soient la même lésion prenant des aspects différents par suite de la constitution différente du terrain sur lequel elle se développe, peau normale dans un cas, peau exulcérée dans l'autre.

L'épaisseur du tissu cicatriciel de guérison est extrêmement mince ; sa transparence permet de voir à travers lui les vaisseaux abondants et volumineux du tissu de néoformation.

La jambe, sur laquelle cette lésion se développe, paraît saine dans son ensemble.

De quelles affections connues est-il permis de rapprocher la lésion que nous étudions ?

Les bords polycycliques et macrocycliques de l'ulcération, l'existence de cicatrices arrondies dans son voisinage font naître immédiatement dans l'esprit la pensée qu'on pourrait bien être en présence de *lésions syphilitiques.* L'aspect et la marche de l'affection à sa période d'activité ne permettent pas d'adopter cette opinion.

Mes deux malades ne me paraissent en aucune façon pouvoir être incriminés de syphilis. La jeune fille nie avoir jamais été atteinte de cette maladie ; elle ne s'est même pas exposée à la contracter ; on ne peut relever dans son passé aucun accident qui permette de supposer qu'elle l'ait contractée même d'une façon accidentelle ; on n'observe à la surface du corps, en dehors des cicatrices arrondies des jambes qui semblent bien toutes consécutives à la guérison des bulles, aucune altération qui indique qu'il y ait eu à un moment donné des lésions syphilitiques.

En étudiant les antécédents de la malade, on ne retrouve aucune trace de syphilis ; notre cliente déclare ne l'avoir jamais contractée et il n'y a pas de raison de suspecter sa bonne foi ; rien, dans ce qu'elle raconte, n'indique qu'elle ait jamais présenté de lésion syphilitique, manifestation d'une syphilis ignorée. On pourrait peut-être soulever la question d'une syphilis héréditaire silencieuse jusqu'à ces deux dernières années, se manifestant depuis lors par les ulcé-

rations qui ne cessent de tourmenter la malade ; rien n'autorise une pareille hypothèse ; notre cliente est grande, bien développée, d'une force au-dessus de la moyenne ; elle ne présente pas cette imperfection de développement qu'il est si habituel de rencontrer chez les hérédo-syphilitiques ; rien dans son facies, dans la forme du nez et du front, dans la dentition ne permet d'admettre une pareille hypothèse. Autour de la malade, rien non plus n'indique l'existence de la syphilis dans la famille ; sa mère n'a jamais fait de fausse couche ; ses frères et sœurs sont grands et forts comme elle. En un mot, l'aspect des lésions actuelles, l'état général de la malade, la connaissance de ses antécédents, tout permet d'affirmer que nous ne sommes pas en présence d'une syphilitique.

L'homme est de par son âge bien plus sujet à caution. Il accuse avoir eu autrefois un petit ulcère de la verge ; celui-ci paraît avoir été bien bénin, et guérit spontanément en quelques jours ; à sa suite il ne s'est produit aucun accident secondaire ; on ne peut relever actuellement aucune lésion aux apparences syphilitiques ; tout au plus pourrait-on soulever la question à propos de la cicatrice lisse, blanche, arrondie qui existe à la partie interne de la cuisse gauche. Mais si on se rappelle que cette cicatrice a succédé à une lésion qui a guéri spontanément en quelques jours, peut-on penser qu'une lésion qui a guéri si rapidement sans traitement ait été une lésion syphilitique ? N'y-a-t-il pas lieu de se demander s'il ne s'est pas plutôt agi d'une lésion de même ordre que celles qu'on observe actuellement sur la jambe ?

L'évolution de celles-ci ne rappelle du reste en rien le processus syphilitique. A-t-on jamais vu un processus ulcéreux syphilitique tardif se caractériser par une éruption nettement bulleuse ; s'accompagner au cours de son évolution d'éruptions bulleuses à répétitions ; rester aussi superficiel en étant aussi étendu ; être entouré d'une peau saine sans infiltration, épaississement ou induration rappelant le processus gommeux infiltré ou en nodules de la syphilis ? Le traitement antisyphilitique, quand il a été essayé, n'a jamais produit aucune amélioration particulière.

L'ecthyma syphilitique, par son évolution relativement rapide, par sa moindre profondeur, se rapprocherait des lésions observées chez nos malades plus que la gomme ; mais sa rapidité de développement est encore loin d'approcher celle des éruptions bulleuses que nous étudions ; une pustule d'ecthyma met toujours un certain nombre de jours pour arriver à son complet développement, il suffit de quelques heures pour que les bulles de nos malades subissent leur évolution complète, se développent, se distendent de liquide, se rompent. Le liquide de la pustule d'ecthyma syphilitique est infiniment moins abondant, il est moins transparent. Il n'est pas habituel

de voir cette variété de pustules se réunir en groupes aussi considérables, rester limitée à des territoires aussi restreints de la peau. La pustule d'ecthyma syphilitique n'est pas aussi superficielle que nos bulles : le derme est toujours plus ou moins intéressé au-dessous et autour d'elles, plus ou moins infiltré, plus ou moins ulcéré ; on pourrait dire qu'il y a, à leur niveau, une ébauche de processus gommeux. Rien de semblable ne s'observe chez nos clients.

Les accidents que nous observons ne sont pas de nature *scrofulo-tuberculeuse*. L'ulcération scrofulo-tuberculeuse a toujours une certaine profondeur; elle est irrégulière de surface, couverte de bourgeons mollasses et livides; les bords sont minces, décollés, déchiquetés, flottants, violacés, livides. La formation de l'ulcère est préparée par la production d'une gomme ou d'une folliculite ulcéreuse. La cicatrice terminale est très accusée, irrégulière. Lésion initiale, ulcérations, bords, cicatrice consécutive sont donc absolument différents de ce qu'on observe chez nos malades chez qui l'affection débute par une éruption bulleuse, donne lieu à une ulcération sans profondeur couverte de bourgeons exubérants et de rougeur éclatante entourée d'une peau aux aspects sensiblement normaux, suivie d'une cicatrice superficielle et lisse : l'évolution de la lésion est ici plus rapide; la tendance à la cicatrisation, grande.

Faut-il adopter simplement le diagnostic d'*ulcère variqueux ?* Le mot ulcère variqueux est un mot dont on use bien facilement. Les varices créent, ou peut-être simplement indiquent un état d'infériorité nutritive de la jambe ; une jambe variqueuse est une jambe prédisposée aux ulcérations; à côté de l'infériorité de terrain, il y a lieu de tenir grand compte de l'intervention d'une cause provocatrice : un eczéma, une pustule d'acné ou d'ecthyma, un traumatisme, qui auraient évolué d'une façon simple et guéri rapidement chez un sujet sain deviendront l'occasion d'un processus ulcéreux sur une jambe variqueuse. Alors on voit la peau s'enflammer d'une façon chronique autour de la lésion première, rougir, s'épaissir, se scléroser dans une étendue de plus en plus grande.

Sur la peau ainsi altérée se produisent avec facilité des ulcères de plus en plus vastes, de plus en plus profonds. Les lèvres de la plaie sont infiltrées, boursouflées, déjetées en dehors ; les bords sont taillés à pic ou se continuent en pente douce avec le fond de l'ulcère; le fond est saignant, grisâtre, anfractueux, avec des saillies ecchymotiques et des dépressions remplies d'une matière pultacée. La surface est sèche, aride ou baignée d'une substance ichoreuse, sanguinolente, putride, d'odeur nauséabonde. Autour de l'ulcère, on constate l'épaississement de l'épiderme, la pigmentation du membre et l'hypertrophie des poils. Il existe sur le pourtour de la perte de

substance des troubles de la thermo-sensibilité et de la sensibilité générale.

Il y a en résumé toute une série pathologique caractéristique : un terrain défectueux indiqué par la présence des varices prépare l'action de la cause provocatrice ; un traumatisme ou une lésion inflammatoire provoque la formation de l'ulcère.

L'allure des accidents chez nos malades ne rappelle en aucune façon cette manière de procéder. Sur une jambe sans aspect variqueux dessiné, des poussées bulleuses se montrent, se répètent ; les bulles s'ouvrent, mettant le derme à nu dans une grande étendue, et cependant, à l'époque même de la plus grande activité du processus ulcéreux, la peau qui environne la région ulcérée reste normale, tout au plus apparaît-elle légèrement, superficiellement congestionnée et dans une très petite étendue.

Malgré la répétition des poussées ulcéreuses, malgré la longue durée de la maladie qui persiste depuis des années, la peau ne s'épaissit, ne s'indure ni au pourtour de la zone malade, ni au-dessous d'elle ; les ulcérations restent toujours superficielles, se cicatrisent rapidement ; elles ne présentent pas cette tendance à devenir de plus en plus étendues et de plus en plus profondes, cette atonie qui se trouve partout signalée à la suite des ulcères variqueux.

L'œdème des jambes, qui constitue une des premières et des plus constantes manifestations des troubles apportés dans la circulation et la nutrition de la jambe variqueuse, fait à peu près complètement défaut chez nos malades ; chez le premier, il existe à peine un peu de gonflement du mollet au moment de la marche ; chez la jeune fille, il s'est produit à un moment donné un œdème non douloureux de la jambe malade : cet œdème s'étendait des chevilles aux genoux, et respectait le pied ; il était unilatéral ; il n'avait pas les allures d'un œdème variqueux. Pour qui a pu suivre nos clients, il y a entre la marche de leur affection et celle des ulcères variqueux des différences d'aspect et d'allure qui rendent tout rapprochement impossible.

Les travaux du dernier quart du siècle qui vient de se terminer ont montré que les lésions du système nerveux ont pour propriété d'amener la production de troubles trophiques de la peau des membres, particulièrement de celle des membres inférieurs : ces troubles se présentent volontiers sous forme d'œdèmes, de bulles.

Le professeur Ranvier a établi que la ligature de la veine cave ne suffisait pas pour amener l'œdème des membres inférieurs ; pour provoquer cet œdème, il faut ajouter la section du nerf sciatique à la ligature de la veine ; de cette découverte est née une théorie de l'origine nerveuse des varices, dont un certain nombre de faits ana-

tomiques semblent avoir montré la légitimité, pour quelques malades au moins.

Les travaux de MM. Gombault et Reclus, ceux du docteur Quénu ont établi que dans l'histoire des varices il y a lieu de tenir grand compte de l'état du système nerveux : en étudiant l'état des nerfs chez des sujets atteints d'ulcères variqueux, les auteurs que je viens de citer ont montré qu'il était habituel de rencontrer chez ces malades une inflammation des filets nerveux avoisinant l'ulcère ainsi que d'un grand nombre de filets nerveux du membre. Ces lésions nerveuses pourraient être l'origine des troubles trophiques et présideraient même à la naissance des varices : l'altération nerveuse commencerait, l'altération veineuse suivrait.

L'œdème des membres inférieurs a été observé comme complication des affections aiguës ou chroniques du système nerveux, hémorrhagie cérébrale, fractures de la colonne vertébrale avec paraplégie (Mayet), paralysie infantile (Balmer), tabes, etc. Sydenham avait déjà signalé l'existence d'un œdème blanc se produisant chez les hystériques, limité souvent à un seul membre ; Charcot a fait connaître un œdème bleu appartenant à cette même catégorie de malades. Remak et Roth ont observé chez les syringomyéliques la production d'œdèmes présentant de grandes analogies avec celui-ci.

La production de bulles fait partie du cortège des manifestations que les altérations du système nerveux peuvent entraîner du côté de la peau. Weir Mitchel a montré que des bulles peuvent se produire sur la peau à la suite des plaies des nerfs ; ces bulles ne se montrent pas immédiatement après l'accident, mais seulement deux ou trois semaines après lui. Les sections incomplètes, les piqûres, les déchirures, les compressions prolongées sont les lésions qui paraissent le plus facilement suivies de la production de bulles ; celles-ci se montrent rarement à la suite de la section complète des nerfs ; il semble que l'excitation, l'inflammation du nerf agisse beaucoup plus activement que la suppression de son action. L'apparition des bulles se fait ordinairement sans accompagnement de phénomènes douloureux. Les phlyctènes, développées sur le trajet du nerf, sont peu volumineuses ; elles ont les dimensions d'un pois, d'une noisette.

Le liquide se rassemble entre la couche cornée et la couche de Malpighi, ou bien entre celle-ci et la couche papillaire : dans le premier cas, la guérison se fait vite et sans production de cicatrice ; dans le second cas, la réparation plus lente laisse à sa suite une cicatrice indélébile. L'ulcération, quand elle se produit, est peu profonde, à bords nettement creusés et presque à pic, peu suppurative. Quelquefois il y a production d'une véritable escarre. La guérison est souvent lente ; la reproduction des bulles, fréquente.

Les affections de la moelle, plaies, écrasement, compression, myélites, hématomyélies, sont aussi des causes provocatrices de développement de bulles. Les lésions unilatérales sont suivies d'éruptions également unilatérales. L'apparition de bulles a été mentionnée au cours d'hémiplégies d'origine cérébrale (Romberg, Hesseling, Chvostek, Brissaud, Rendu) ; à la suite d'hémorrhagies cérébrales, elles prennent alors fréquemment la forme gangréneuse ; ce dernier accident a été décrit sous le nom de *decubitus acutus*. Charcot insistait sur ce fait que les allures et le siège de la lésion en pareil cas indiquent que celle-ci relève manifestement d'un trouble trophique d'origine nerveuse.

L'hystérie compte parmi ses manifestations la production d'éruptions bulleuses : celles-ci ont pour caractères d'être limitées à une région du corps, de n'avoir pas tendance à être suivies d'ulcération, de se reproduire facilement.

Je soignais, il y a quelques années, une jeune fille atteinte d'une éruption bulleuse limitée au membre supérieur gauche. Les bulles s'étaient d'abord montrées à l'extrémité des doigts ; puis lentement, progressivement, en l'espace de plusieurs mois, l'éruption avait gagné successivement des régions plus élevées du membre et avait fini par occuper l'avant-bras et le bras. Les bulles étaient éphémères et n'avaient aucune tendance à l'ulcération. Quand on avait soin de maintenir le membre enveloppé dans un emplâtre à l'huile de foie de morue, les bulles cessaient de se reproduire ; dès que le membre était laissé à l'air libre, les bulles se montraient à nouveau. L'affection finit par s'éteindre sous l'influence d'une occlusion prolongée du membre. La malade était atteinte d'anesthésie unilatérale gauche et de rétrécissement du champ visuel du même côté. Je crois qu'en présence de ces deux derniers symptômes, il ne peut y avoir de doute sur la nature hystérique des accidents éruptifs qui se montraient au niveau du bras.

La syringomyélie donne lieu à des éruptions bulleuses laissant après elles des ulcérations plus ou moins profondes du derme, remplacées finalement par des cicatrices déprimées ou même des chéloïdes. Ces lésions se développent surtout sur les bras et les avant-bras.

La lèpre compte aussi parmi ses manifestations la production d'éruptions bulleuses, conséquence des névrites propres à cette maladie.

Ne peut-on admettre que l'éruption bulleuse de nos malades relève d'une influence nerveuse du genre de celles que je viens de signaler ?

Il n'est certes pas possible de faire rentrer nos clients dans aucune des grandes maladies nerveuses ayant une symptomatologie bien

établie et un nom déterminé. Chez tous deux, il ne peut être question d'hystérie : l'éruption chez nos malades est suivie d'ulcérations, ce qui ne se voit pas à la suite des dermatites bulleuses de l'hystérie : la jeune fille ne présentait pas les stigmates de cette affection ; encore moins l'homme peut-il être considéré comme en étant atteint. Point d'affection cérébrale ou médullaire dessinée ; du reste, les accidents, par leur limitation très circonscrite, semblent ne pas relever d'une affection des centres.

La syringomyélie elle-même, si mobile dans ses expressions, ne peut être invoquée : la sensibilité, chez nos clients, est conservée dans tous ses modes, contact, douleur, température; tout au plus peut-on relever une légère diminution des réflexes après excitation de la plante des pieds, chez la jeune fille ; un certain degré d'amaigrissement du mollet chez l'homme : rien là des troubles sensitifs et trophiques si accusés dans la syringomyélie.

L'existence de névrites lépreuses ne peut être mise en question chez des sujets qui n'ont jamais habité des contrées où cette maladie se développe et qui ne présentent aucun des symptômes connus comme la caractérisant, zones d'anesthésie, tuméfaction du nerf cubital, éruption maculeuse ou tuberculeuse.

Sans qu'on puisse relever aucune maladie classée du système nerveux, n'est-il pas cependant permis de penser, chez nos malades, à une origine nerveuse des accidents ?

On ne peut s'empêcher d'avoir l'attention attirée par l'existence de quelques-unes des manifestations qui appartiennent aux affections du système nerveux ; il y a diminution des réflexes chez la jeune fille, atrophie du mollet chez l'homme. Chez tous deux on constate une scoliose de la colonne vertébrale ; cette scoliose est très accusée chez la jeune malade ; or chacun sait que les neurologistes ont insisté dans ces derniers temps sur la corrélation fréquente qui existe entre les déformations de la colonne vertébrale et les maladies du système nerveux.

La répétition des éruptions bulleuses, leur tendance ulcéreuse, rappellent l'allure d'une des variétés d'éruptions consécutives aux névrites traumatiques : dans celle-ci, les bulles se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés et elles se font remarquer par leur tendance destructive, ulcéreuse ; elles s'accompagnent de destructions superficielles du derme et sont suivies de production de cicatrices blanches et régulières : c'est l'allure que nous observons dans l'affection de nos clients.

Nous ne trouvons pas de traumatisme important pouvant être considéré comme ayant amené une névrite capable de provoquer les accidents auxquels nous assistons. Cependant, chez E..., les manifestations ont succédé à une contusion de la jambe et se reproduisent

dans la région où celle-ci avait eu lieu. Du reste, point n'est besoin d'un traumatisme pour provoquer une névrite périphérique et la série des accidents qui la caractérisent. Le professeur Déjerine a montré que les névrites périphériques étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le soupçonnait avant lui et que leur rôle en pathologie était considérable. Les névrites périphériques se produisent volontiers à la suite des grandes maladies infectieuses. Chez notre homme, nous ne relevons aucune maladie de ce genre; mais la jeune fille a été atteinte d'une rougeole, d'une maladie éruptive grave. Je sais bien que la rougeole n'est pas notée parmi les maladies infectieuses les plus susceptibles de provoquer le développement de névrites; ne peut-on pas cependant se demander si ce n'est pas à son occasion ou concurremment avec la dermatite grave dont notre cliente a été atteinte que se serait développée une névrite périphérique cause des accidents que nous observons. Le traumatisme chez un de nos malades, une infection générale chez l'autre n'auraient-ils pu amener une névrite périphérique, des troubles trophiques locaux, cause de la dermatite bulleuse récidivante à laquelle nous assistons?

Peut-être me demandera-t-on pourquoi, en présence d'une dermatite bulleuse récidivante, je ne me contente pas de dire : maladie de Duhring? Appliquer ce qualificatif à une manifestation d'origine absolument locale me semblerait, je l'avoue, abuser d'une dénomination que je voudrais voir réservée à des manifestations d'ordre plus général, à type plus douloureux, sous peine de confondre sous un même nom des manifestations d'origine fort différente.

En résumé, j'admettrais volontiers une origine nerveuse dans la genèse des accidents dont mes clients sont atteints, mais je me reconnais incapable de la démontrer.

On me reprochera peut-être, de n'avoir pas attendu, avant de publier l'observation de mes clients, que je puisse arriver à des conclusions fermes sur la nature de leur accident. Ma prétention n'est pas d'apporter une question élucidée, tranchée, mais seulement d'appeler l'attention sur les obscurités qui règnent encore sur un certain nombre d'ulcères de jambes étiquetés trop volontiers ulcères variqueux, et qu'il y aurait intérêt pour les porteurs et pour leur guérison à voir distinguer les uns des autres.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JANVIER 1901.

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Prix Zambaco. — Mort de M. Gémy. — Sur la prophylaxie familiale de la lèpre (deuxième note), par M. Darier. — Sur une érythrodermie généralisée post-eczémateuse et ses rapports avec le psoriasis, par MM. Hallopeau et Bouchot. (Discussion : M. Leredde.) — Sur une variété d'onychomycose, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Sur un nouveau cas d'amélioration considérable d'un lupus invétéré sous l'influence d'un traitement topique par la solution de permanganate de potasse suivant un nouveau mode, par MM. Hallopeau et Fouquet. (Discussion : MM. Renault, Hallopeau.) — Nævus verruqueux zoniforme du thorax et du membre supérieur droit, par MM. Gaucher et Crouzon. (Discussion : MM. Besnier, Hallopeau.) — Télangiectasies généralisées consécutives à la castration, chez une femme de 28 ans, par MM. Gaucher et Crouzon. (Discussion : MM. Darier, Gaucher, Vérité, Verchère.) — Considérations sur la radiothérapie, par M. Oudin. — Les mesures exactes en radiothérapie, par M. Béclère. (Discussion : M. Barthélemy.) — Urticaire persistante localisée à la face ou érythrodermie prémycosique? par MM. Balzer et Lecornu. — Tuberculides des organes génitaux, par M. Du Castel. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

J. Ferras. — Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines. *Thèse*, Paris, 1901.

W. Dudreuilh. — Des éruptions orthoformiques. Extr. : *Presse médicale*, 1901.

W. Dubreuilh et Frèche. — Décollement des ongles. Extr. : *Journ. de médec. de Bordeaux*, 1901.

Ehlers et Cahnheim. — La lèpre en Crète. Extrait : *Lepra*, 1901.

Miron. — Chancre syphilitique de l'amygdale droite. Bucarest, 1902.

Prix Zambaco.

La Société décide que le Prix Zambaco sera décerné, dans l'Assemblée générale d'avril 1903, à l'auteur du meilleur travail sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

Le sujet en est laissé au libre choix de chaque concurrent.

La valeur du prix à décerner en 1903 sera de 800 francs.

Les mémoires devront être adressés, avant le 30 novembre 1902,

dans les conditions indiquées par le règlement, à M. le Dr Hallopeau, secrétaire général de la Société, 91, boulevard Malesherbes, à Paris.

Mort de M. Gémy.

M. Ernest Besnier. — Messieurs, j'ai le réel chagrin d'avoir à apprendre à la Société la perte d'un de ses membres les plus estimés et les plus distingués, le Dr Gémy, professeur de clinique vénéréologique, syphiligraphique et dermatologique à l'École de médecine d'Alger, qui est mort dans cette ville le 13 décembre 1901.

M. Gémy faisait partie de la Société depuis sa fondation; chacun de nous connaît ses travaux, et chacun de nous sait qu'il avait, par son enseignement, acquis une haute notoriété scientifique. M. le Secrétaire général rappellera les titres et les travaux de M. Gémy dans la séance annuelle, et je le prie de vouloir bien transmettre à Madame Gémy l'expression de la sympathie et des regrets de tous les membres de la Société de Dermatologie.

Sur la prophylaxie familiale de la lèpre (deuxième note).

Par M. J. Darier.

La Société a paru s'intéresser à la question que je lui avais soumise à la dernière séance et qui est celle-ci : *Peut-on sans inconvénient laisser une mère lépreuse allaiter son enfant qui paraît indemne ?*

Je viens communiquer aujourd'hui le résultat de quelques recherches que j'ai entreprises dans le but d'y répondre en connaissance de cause.

J'ai recherché les bacilles *dans le lait* de cette femme. A trois reprises différentes j'ai recueilli une trentaine de grammes de lait provenant de l'un et de l'autre sein; après centrifugation prolongée, j'ai examiné le dépôt sur des lamelles et constaté l'*absence de bacilles de Hansen*.

Je fais remarquer qu'on ne pouvait pas *a priori* prévoir ce résultat malgré l'intégrité apparente des glandes mammaires, attendu que la lèpre est une des maladies infectieuses où les parasites sont le plus abondants et qu'ils circulent indubitablement par la voie sanguine, à de certains moments tout au moins.

La centrifugation n'est pas un moyen absolu, je le sais, de retrouver des microorganismes dans un liquide. Néanmoins, pour le cas actuel, ce résultat négatif a une valeur relative.

Dans le *mucus nasal* de la mère, des recherches, à la vérité peu

nombreuses et qu'il faudra reprendre et poursuivre, m'ont montré l'*absence de bacilles*.

Cependant *dans les lésions cutanées les bacilles abondent*. J'ai excisé une tache ortiée du bras, et y ai trouvé la structure, non pas des lépromes adultes, mais celle des taches érythémato-pigmentées ou *léprides*. Dans les infiltrats cellulaires périvasculaires et sous-épithéliaux, j'ai trouvé beaucoup de cellules bourrées de bacilles et des amas de bacilles paraissant extra-cellulaires ; ils ont toujours été difficiles à colorer, ce qui paraît tenir à l'état de dégénérescence vitreuse dans lequel ils se trouvent pour la plupart.

Quoi qu'il en soit, je ne me suis pas cru autorisé à prendre des mesures par trop sévères dans ce cas et provisoirement m'en suis tenu au précepte : « Laissez les enfants à leur mère ». Le nourrisson n'a pas paru s'en trouver mal jusqu'ici.

Sur une érythrodermie généralisée post-eczémateuse et ses rapports avec le psoriasis.

Par MM. Hallopeau et Bouchot.

Dans la dernière séance, en terminant notre communication relative à ce fait morbide, nous disions qu'il différait des folliculites généralisées avec psoriasis consécutif que l'un de nous a fait connaître avec M. Laffitte.

La suite de son histoire est venue nous montrer qu'il s'agit cependant d'éruptions de la même famille.

Il s'agit de la nommée Julie Imb...., âgée de vingt-six ans, jardinière, entrée le 18 novembre 1901, salle Lugol, lit n° 18.

18 décembre 1901. — Il s'est produit, depuis la dernière note, une amélioration considérable.

Au visage, il ne reste que des traces de desquamation furfuracée.

La séborrhée pityriasiforme du cuir chevelu persiste.

Sur le tronc, l'éruption est en voie de régression ; il y reste une desquamation furfuracée ; en outre, il s'y est développé des îlots papuleux lenticulaires, peu élevés, irrégulièrement disséminés et tranchant sur les parties voisines par leur rougeur plus vive.

Dans les régions fessières, ces éléments sont plus abondants et forment des placards irréguliers avec des sillons quadrillés, et des squames brillantes et nacrées psoriasiformes. En les enlevant, on met à nu une surface rouge.

Au niveau des membres supérieurs, la rougeur est également devenue plus pâle, avec desquamation furfuracée ; ces mêmes élevures s'y présentent, confluentes aux coudes.

Aux membres inférieurs, mêmes altérations avec confluence aux genoux et sur la face dorsale des pieds ; les squames sont épaisses à la partie médiane de la plante.

Le prurit a presque entièrement cessé, sauf à la face dorsale des pieds. Les ongles des doigts sont le siège, à leur partie supérieure, de cannelures verticales et de dépressions transversales, avec atrophie de la lunule.

Nous avons rappelé que, chez la malade présentée par l'un de nous à la Société en 1898 et en 1900, la dermite aiguë généralisée a abouti, après des mois, au développement d'un psoriasis. Dans les deux cas, la séborrhée pityriasiforme du cuir chevelu paraît avoir été le point de départ de la poussée.

Celle-ci a offert cette fois d'incontestables analogies avec celles qui surviennent fréquemment dans le cours du psoriasis vulgaire : elle en a différé cependant par les caractères de l'éruption qui paraît avoir été nettement vésiculeuse.

D'autre part, cette poussée aiguë n'a pas encore été signalée, à notre connaissance, comme période initiale de la maladie.

S'agit-il, en pareil cas, d'un psoriasis qui vient se greffer sur un tégument qui a subi une atteinte de séborrhéide aiguë généralisée ? ou s'agit-il d'emblée d'un psoriasis à évolution anormale ? Il sera très difficile de juger la question aussi longtemps que l'on n'aura pas découvert l'agent infectieux qui, en toute évidence, est la cause de cette maladie, et que l'on n'en aura pas déterminé les caractères.

M. Leredde. — Ce que vient de dire M. Hallopeau me remet en mémoire un cas extraordinaire de psoriasis que j'ai pu étudier grâce à l'obligeance de M. Du Castel. Il s'agissait d'une malade qui présentait des poussées érythrodermiques universelles au cours du psoriasis, accompagnées de fièvre intense avec leucocytose ; dans l'intervalle des poussées elle présentait des plaques de psoriasis vulgaire. Cette malade présenta des vésicules à plusieurs reprises. A ce sujet encore, j'ai remarqué que certains psoriasiques offraient de temps à autre des poussées fébriles ; je n'ai pu malheureusement étudier encore cet accident d'une manière systématique.

Sur une variété d'onychomycose.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Les mycoses unguéales ont fait, dans ces dernières années, l'objet d'études importantes parmi lesquelles nous citerons surtout celles de MM. H. Fournier, Boyer, Hirtz et Jacquet, Sabouraud ; néanmoins, leur histoire clinique n'est pas encore définitivement connue et c'est pour apporter notre contribution à son étude que nous communiquons ce fait à la Société.

M...., âgé de quarante et un ans, plombier, a occupé le lit n° 61 de la salle Bazin, où il est entré le 26 novembre 1901, pour des accidents qui ont été considérés comme syphilitiques.

Il a eu, il y a huit ans, étant au Tonkin, un chancre induré à la verge,

suivi de roséole, de plaques muqueuses et d'alopécie. Depuis cette époque, quoique ne s'étant jamais soigné, il n'a eu aucun accident. D'après ses assertions, il y a deux ans, pendant la nuit, il ressentit une douleur violente dans le bras gauche. Le matin, à son réveil, il remarqua à l'extrémité des ongles de la main gauche, un piqueté, un pointillé blanchâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle. Une douzaine de jours après un pointillé semblable apparaissait aux ongles de la main droite. En peu de temps, ces points blanchâtres s'étendaient en même temps que les ongles prenaient un aspect strié et s'épaississaient.

Au mois d'avril 1901, il entre dans notre service et y fait un séjour d'un mois. L'ongle de l'annulaire et celui du pouce de la main gauche tombent. Ils repoussent rapidement et, sous l'influence d'applications d'onguent napolitain et de l'administration de 4 grammes d'iodure de potassium par jour, le malade sort très amélioré. Les ongles de l'annulaire et du médius de la main droite, après être tombés, ont repoussé avec leur aspect normal. Il y a deux mois environ, les lésions des ongles reparaissent, après un début rapide, analogue à ce qui s'était passé l'année précédente, à la main gauche d'abord, puis, huit jours après, à la main droite.

Actuellement, à la main gauche, tous les ongles sont atteints. Ils sont épaissis; ils ont perdu leur brillant; ils sont dépolis, cannelés, craquelés verticalement, parsemés de taches blanchâtres, à contours irréguliers, qui occupent la plus grande partie de leur surface et en intéressent le bord libre sur une hauteur de 2 à 4 millimètres. Au niveau du pouce et du médius, ces taches effacent complètement la lunule; elles sont entremêlées avec des parties normales.

La partie inférieure de la couche cornée est tombée et laisse à découvert la couche sous-jacente incomplètement kératinisée, dans un rayon de 2 à 4 millimètres.

Cette couche sous-jacente forme une surface taillée obliquement et qui, épaisse au niveau du rebord corné d'environ 1/2 centimètre, s'amincit graduellement jusqu'au niveau du bord libre.

Au niveau du pouce, la couche cornée est détruite dans les trois cinquièmes inférieurs de sa moitié externe.

A la main droite, la lunule est intacte à l'index et à l'annulaire. La couche cornée est détruite dans les trois cinquièmes inférieurs au petit doigt et dans près de la moitié inférieure au pouce.

Aux pieds, la partie supérieure des ongles des deux premiers orteils gauches, ainsi que des 2e et 3e orteils droits est altérée. La couche incomplètement kératinisée sous-jacente atteint, au gros orteil gauche, 8 millimètres d'épaisseur.

Le malade se plaint en outre de céphalées nocturnes et de douleurs lancinantes qui parcourent la nuit les deux bras.

Nous avons cru d'abord avoir affaire à une lésion syphilitique des ongles: les antécédents du malade, son assertion, évidemment erronée, d'après laquelle les altérations auraient commencé brusquement, la rétrogression des altérations sous l'influence d'un traitement général et local par le mercure conduisaient tout naturellement à cette

interprétation, d'autant plus que, d'après la description de M. A. Fournier, les ongles syphilitiques peuvent présenter plusieurs des particularités qui ont été signalées chez ce malade, notamment l'épaississement de la lamelle, les altérations du bord libre qui est inégalement brisé et rugueux, la destruction partielle de la lamelle simulant, d'après l'expression de M. A. Fournier, un ulcère sec ; nous nous étions donc arrêtés à ce diagnostic lorsque M. Danlos, reconnaissant le malade, nous a affirmé qu'il avait trouvé, dans le tissu sous unguéal, des champignons; nous l'avons alors étudié à ce point de vue et constaté la présence, au milieu des éléments de la lamelle, d'éléments de mycélium.

Nous avons essayé de les cultiver, mais notre milieu a été envahi par des moisissures étrangères et, le malade ayant quitté notre service, nous n'avons pu renouveler ces recherches; nous espérons pouvoir les reprendre.

Nous en attendrons les résultats pour nous prononcer sur la nature du champignon.

Ce que nous désirons surtout mettre en relief aujourd'hui, ce sont les caractères cliniques de ces dystrophies.

Les plus importants ont été le début par des taches blanches, la progression excentrique de ces taches, l'aspect strié de la surface, la destruction de la partie inférieure de la couche cornée laissant à découvert une masse incomplètement kératinisée qui atteint jusqu'à 8 millimètres d'épaisseur, l'intégrité de la lunule dans plusieurs des ongles malades, la chute de ces organes suivie de leur reproduction.

Nous avons retrouvé l'ensemble de ces altérations figuré, au musée de l'hôpital Saint-Louis, sur un moulage de Vidal.

Unna a établi que les taches blanches sont dues à la pénétration de l'air dans le tissu unguéal.

Leur apparition chez ce malade, comme phénomènes initiaux, indique donc que le développement du champignon permet l'introduction de l'air au-dessous et dans l'épaisseur de la lamelle.

La marche par extension progressive de ces taches blanches et l'intégrité de la lunule montrent que l'affection se développe en foyers d'abord isolés qui intéressent primitivement le lit, non la matrice de l'ongle.

L'hyperkératose indique une prolifération du tissu sous-unguéal sous l'influence de l'action irritante provoquée mécaniquement ou chimiquement par les parasites; les stries, les destructions partielles des lamelles et la chute complète des organes sont au contraire l'expression de dégénérescences secondaires.

Pourra-t-on désormais différencier cliniquement ces onychomycoses des autres dystrophies et particulièrement de celles que provoque la syphilis ? Peut-être le début par des taches blanches pourra-t-il à cet égard avoir une valeur.

Pour ce qui est du traitement, la rétrocession des altérations sous l'influence de frictions avec l'onguent napolitain indique que le champignon est puissamment influencé par ce médicament.

Nous espérons pouvoir donner dans une prochaine séance des cultures de ce parasite.

Sur un nouveau cas d'amélioration considérable d'un lupus invétéré du membre inférieur droit sous l'influence d'un traitement topique par la solution de permanganate de potasse suivant un nouveau mode.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Nous avons eu l'honneur de présenter ce malade à la Société dans sa séance de mai 1901 ; on peut voir, par la description que nous en avons tracée, quelle était la gravité des lésions : les ulcérations, en particulier, résistaient depuis nombre d'années aux traitements les plus prolongés; il réclamait l'amputation de sa jambe.

Nous avons soumis ce lupus à l'action topique du permanganate de potasse, combiné avec des raclages ; nous avons employé le sel, en premier lieu suivant le procédé de Butte, ultérieurement en poudre; nous en avons obtenu de meilleurs résultats en l'appliquant d'une manière permanente à l'aide de compresses imprégnées d'une solution au 120e: ce topique, qui, chez une de nos malades atteint d'un lupus ulcéré du visage, avait donné lieu à une dermite suraiguë, a été au contraire constamment bien supporté par ce sujet; sous son influence, les ulcérations si rebelles sont complètement cicatrisées, les végétations se sont affaissées ; la reprise du travail est aujourd'hui possible ; c'est là un nouveau fait à l'actif de cette médication.

M. Renault. — Je signalerai à ce propos les excellents résultats que m'ont donnés, dans le traitement des chancres phagédéniques, les applications chaudes d'une solution de permanganate à 1 p. 1000.

M. Hallopeau. — Je rappellerai que j'ai traité avec avantage des chancres phagédéniques rebelles par des applications permanentes de tartrate ferrico-potassique en solution à 30 p. 100, après les avoir préalablement badigeonnés avec de l'alcool pur qui procure, après un moment de cuisson assez vive, une anesthésie temporaire.

Nævus verruqueux zoniforme du thorax et du membre supérieur droit.

Par MM. Gaucher et Crouzon.

Renée X.., âgée de sept ans, est amenée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis au mois de juillet 1901. Elle présente sur le thorax et sur le

membre supérieur droit une éruption survenue progressivement depuis deux ans et demi.

Ses antécédents personnels sont peu chargés : rougeole à trois ans, coqueluche à six ans. Elle est de tempérament nerveux, dit son père, mais n'a jamais eu de crises de nerfs.

Le père est très impressionnable et très nerveux. La mère n'a eu aucune maladie.

Il y a deux ans et demi, à l'occasion d'une légère bronchite, on applique sur la poitrine de l'enfant un papier Vlinsi des dimensions de 20 centimètres sur 10 environ. A la suite de cette application, il ne persiste aucune éruption, aucune cicatrice. Un mois après, la mère constate au-devant de la poitrine, sur la partie latérale droite, au-dessus du mamelon, l'apparition de petites élevures. Le père considère ces éléments éruptifs comme des verrues et n'y attache aucune importance. Petit à petit, à ces éléments s'en ajoutent d'autres sur la partie latérale droite de la poitrine, puis sur l'épaule, sur le bras et sur l'avant-bras.

A aucun moment la petite malade ne s'est plainte de douleurs, ni d'aucun phénomène subjectif ; à aucun moment le père n'a constaté d'autre élément éruptif surajouté.

Il y a trois mois, on consulte un médecin qui prescrit une pommade soufrée, puis une pommade au turbith minéral. Depuis lors, l'éruption n'a fait que s'accentuer et le nombre des éléments a augmenté. Tout traitement a été cessé depuis deux mois.

Quand nous examinons l'enfant, nous trouvons une éruption qui occupe la poitrine, les épaules, le bras et l'avant-bras.

1° Sur la poitrine, cette éruption forme, sur la partie latérale droite au-dessus du mamelon, un placard en forme de triangle, dont un des côtés est parallèle au bord droit du sternum, un autre sensiblement parallèle à la clavicule et le troisième remonte obliquement vers la tête humérale.

2° Sur l'épaule, l'éruption forme une traînée, en ruban, rectiligne, au-dessus de l'épine de l'omoplate et parallèle à elle.

3° Sur le bras et l'avant-bras, elle occupe la face antérieure, commençant à trois travers de doigt au-dessus du coude, et finissant au poignet ; elle est composée là de petits placards juxtaposés en bande.

Les éléments éruptifs sont partout les mêmes ; ils consistent en élevures papuleuses, irrégulières, papillomateuses, isolées ou unies en petits placards qui sont eux-mêmes groupés par deux ou trois. La coloration de l'élément papuleux est celle de la peau normale, ou légèrement jaune clair ou légèrement rosée.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité dans les régions atteintes.

On ne constate aucune autre éruption sur le corps.

Le nævus verruqueux dont nous venons de rapporter l'observation diffère de la plupart de ses semblables en ce qu'il n'est pas congénital et qu'il s'est développé progressivement vers l'âge de cinq ans, à la suite d'une irritation locale, qui semble avoir été provocatrice.

Le cas que nous présentons est encore remarquable par la dispo-

sition zoniforme qu'affectent les éléments verruqueux. Il est impossible de voir dans cette disposition une relation avec *le trajet* d'un tronc nerveux ; tout au plus, dans la partie inférieure, au niveau de l'avant-bras, pourrait-on voir une superposition au trajet du nerf médian, mais les éléments de la poitrine et de l'épaule ne répondent pas à un trajet nerveux précis. Ce nævus n'est pas disposé davantage *sur le territoire* d'un nerf déterminé. Il ne répond pas non plus à une ligne de Voigt, c'est-à-dire à la *limite de deux territoires* nerveux voisins. Il nous semble, au contraire, rentrer plutôt dans les cas qu'explique la théorie de la *métamérie*. Or, on sait qu'aux territoires segmentaires de Brissaud, Head a opposé une nouvelle topographie des territoires myélomériques. Nous avons comparé les schémas de Head au trajet de notre nævus zoniforme et nous n'avons pu les superposer l'un à l'autre. Nous nous en tiendrons donc à la théorie métamérique de Brissaud pour l'explication de notre cas.

La pathogénie de ces nævi zoniformes est encore assez discutée, comme, d'ailleurs, celle des dermatoses linéaires ou en bandes, qui comporte les mêmes interprétations. L'intérêt qu'on a porté dans ces derniers temps à l'explication des cas de ce genre (communications de MM. Fournier, Hallopeau, mémoire de Balzer et Alquier) justifie cette présentation et nous a engagés à rapprocher notre observation de celles des auteurs précédents. Pour ces nævi zoniformes, comme pour les dermatoses linéaires, l'interprétation pathogénique la plus vraisemblable est la disposition métamérique.

M. Besnier. — Dans le cas de MM. Gaucher et Crouzon, le nævus, développé cinq ans après la naissance, appartient à la classe des nævi primitivement *latents*, ou *tardifs*.

M. Hallopeau. — J'ai cité un cas de nævus qui ne s'était développé qu'à l'âge de dix-huit ans.

M. Besnier. — L'apparition des nævi peut être encore plus tardive, et se faire jusque dans l'âge avancé.

Télangiectasies généralisées consécutives à la castration, chez une femme de 28 ans.

Par MM. Gaucher et Crouzon.

Mme X..., âgée de vingt-huit ans, employée de commerce, subit le 30 mars 1901, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Richelot), une hystérectomie vaginale pour une métrite (?) dont elle était atteinte depuis six ans et demi, à la suite d'une grossesse. Les suites de l'opération sont excellentes. Elle quitte l'hôpital ; les périodes menstruelles suivantes ne sont révélées par aucun symptôme : ni bouffées de chaleur, ni phénomènes nerveux.

Vers le milieu de juillet, elle présente pendant une huitaine de jours de fréquentes envies d'uriner et des douleurs à la miction. A la fin juillet, elle ressent sur la face, puis sur le corps, de vives démangeaisons et des brûlures et elle voit apparaître de place en place des taches rouges sur la peau. Vers la même époque, elle s'inquiète de la chute de ses cheveux qui tombaient en petite quantité avant l'intervention chirurgicale et qui maintenant tombent en grande abondance.

Cette femme vient nous consulter au mois d'août 1901. On constate alors à la face, sur les joues, une teinte rouge diffuse et, sur ce fond rouge, on peut distinguer de fins réseaux tortueux de varicosités. La peau est sèche, légèrement squameuse ; elle ne présente pas de papules ni de pustules d'acné. Sur le cuir chevelu on trouve une légère séborrhée pityriasique ; les cheveux sont clairsemés.

Sur la poitrine, on constate la présence de deux traînées de télangiectasies partant de l'articulation sterno-claviculaire et allant à l'aisselle. Au niveau de la partie postérieure des épaules, on trouve des télangiectasies en nappe. Sur les membres supérieurs, on constate, au niveau des bras, quelques varicosités et, sur la face externe et postérieure, une légère kératose pilaire. Aux membres inférieurs les lésions sont plus accentuées : au niveau des cuisses particulièrement, les télangiectasies sont nombreuses, elles sont plus abondantes à la cuisse droite qu'à la cuisse gauche. On distingue, au milieu des télangiectasies, des dilatations variqueuses bleuâtres plus volumineuses qui existent depuis longtemps, nous dit la malade, et qui sont apparues peu à peu à la suite de sa grossesse. Sur la jambe droite, on constate quelques étoiles veineuses de même nature ; sur la jambe gauche, quelques télangiectasies. Au niveau des membres, on retrouve, comme à la face, un état squameux et sec de la peau.

On prescrit à la malade un traitement général consistant dans l'administration alternative de teinture d'hamamelis virginica, d'ergot de seigle et de sulfate de quinine, un traitement local de la couperose de la face par la lotion soufrée.

Le 4 novembre 1901, les télangiectasies sont stationnaires à la face et sur tout le corps ; la séborrhée sèche de la peau a augmenté légèrement aux membres inférieurs ; la chute des cheveux a augmenté considérablement.

L'observation précédente est un curieux cas de couperose généralisée : les télangiectasies sont disséminées sur la face, le tronc et les membres ; or il est très rare que ces varicosités se développent ailleurs que sur la face.

Mais l'intérêt majeur de cette observation réside dans son apparition après la castration. La couperose, s'associant à une recrudescence d'une séborrhée antérieure du cuir chevelu, constitue un symptôme de ménopause prématurée chez une femme de vingt-huit ans. D'une part, cette ménopause prématurée est rare dans l'étiologie de la couperose ; d'autre part, cette couperose généralisée est une complication peu fréquente, croyons-nous, de l'hystérectomie et de l'ovariotomie.

M. Darier. — Les télangiectasies disséminées s'observent dans les conditions les plus diverses ; on peut se demander s'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence.

M. Gaucher. — J'ai voulu simplement attirer l'attention sur une relation possible de cause à effet entre l'opération et le développement des télangiectasies. Je me base surtout, pour établir cette hypothèse, sur l'apparition, au niveau du visage, d'une couperose analogue à celle de la ménopause.

M. Verchère. — Il faudrait connaître la nature des lésions qui ont motivé l'intervention chirurgicale. Celle-ci détermine dans l'organisme des modifications d'autant plus rapides et plus marquées que l'utérus et les annexes étaient moins atteints. Elle détermine dans ce dernier cas une modification brusque et radicale dans la physiologie génitale de la femme.

M. Gaucher. — Cette malade a déclaré qu'elle avait été opérée pour une métrite (?) ; d'après les renseigements qu'elle m'a donnés, je pense que son affection n'était pas très grave.

Considérations sur la radiothérapie.

Par M. Oudin.

Chaque fois que j'ai eu ces années dernières à parler de radiothérapie, j'ai dit que je considérais cette question comme n'étant pas mûre, en raison de l'ignorance où nous étions des causes réelles d'accidents apparaissant tardivement alors que le mal était fait depuis longtemps et que rien ne pouvait plus empêcher la radiodermite de suivre ses longues et douloureuses étapes.

On nous apportait de l'étranger des observations remarquables de guérisons rapides des affections cutanées les plus graves, mais on ne nous disait pas les déboires; on glissait en quelques mots sur des séries d'accidents sérieux pour n'insister que sur les résultats brillants.

Où finissait l'action thérapeutique des rayons de Röntgen? Où commençait leur action nocive ? On n'avait aucun renseignement à cet égard, et c'est tout à fait empiriquement, par tâtonnements successifs, que l'on opérait. Quelle était même la cause des accidents ; on ne faisait que la supposer ; les uns les attribuant à l'électricité, les autres aux rayons X eux-mêmes. Les affirmations les plus hasardées avaient pris force de loi. On disait qu'on n'avait jamais d'accidents avec les machines statiques, ou avec des accumulateurs, qu'on les évitait à coup sûr en interposant entre la peau et l'ampoule une feuille d'aluminium ; que les ampoules molles et peu résistantes ne causaient pas de radiodermites ; que la tension du courant primaire jouait le principal rôle dans leur apparition ; que sais-je encore. C'était là tout autant d'erreurs manifestes que quelques expériences précises nous ont permis de réduire à néant. Aujour-

d'hui nous pourrons affirmer ceci : ce sont les rayons X seuls qui sont cause des radiodermites. Ce sont eux seuls qui jouent un rôle thérapeutique. L'intensité des accidents, leur profondeur sont en rapport absolu avec le nombre des rayons X produits, et avec leur pouvoir de pénétration.

Plus une ampoule est riche en rayons X, plus facilement elle détermine des accidents; plus ses rayons sont pénétrants, plus les accidents seront profonds. En d'autres termes, l'ampoule de Crookes qui donne à l'écran une image très brillante, très nette, très détaillée de la main, par exemple, est celle qui provoquera des radiodermites d'autant plus profondes que l'image des os paraîtra plus pâle.

Nous vous avons communiqué, M. Barthélemy et moi, il y a trois ans, une série de recherches que nous avions entreprises sur l'épilation par les rayons X. Nous n'avions pu que difficilement, avec une ampoule très dure, arriver à des épilations incomplètes ou nulles; et alors régnait dans la science cette opinion que plus une ampoule était dure, plus elle était dangereuse. Reprenant ces recherches en 1899 et voulant provoquer des radiodermites révulsives, nous servant d'une ampoule neuve que d'après la croyance générale nous supposions bien moins active que la première, nous provoquâmes des radiodermites plus profondes que nous ne les aurions voulues, alors précisément que notre ampoule était dans sa période de rendement maximum en rayons X. Comme nous nous étions placés dans des conditions toujours uniformes pour les autres facteurs, électricité, durée des séances, distance à la peau, ce ne pouvait être que les rayons X seuls variables qui avaient causé les radiodermites.

Nous reprîmes alors ces recherches en interposant entre l'ampoule de Crookes et la peau de lapins des écrans métalliques, les uns en plomb, destinés à arrêter les rayons X, les autres en aluminium, les laissant passer. Jamais sous les premiers nous ne pûmes obtenir une radiodermite qui se produisait sous l'aluminium comme s'il n'eût pas existé.

Nous construisîmes un écran formé par une feuille d'aluminium rivée à une feuille de plomb et nous assurâmes, par des expériences préalables avec l'électroscope de Lippmann, que cet écran relié à la terre ne laissait pas passer derrière lui trace d'électricité. Or, en l'interposant entre le flanc d'un animal et une ampoule de Crookes, nous eûmes sous l'aluminium une radiodermite dont les bords de la lame de plomb limitaient parfaitement les contours. Ces expériences, répétées plusieurs fois dans différentes conditions qu'il serait trop long de rapporter ici, furent toutes décisives, et nous apprirent en outre que les temps de pose et les distances intervenaient aussi pour une part à peu près inversement proportionnelle au carré de leur grandeur.

Pendant que nous terminions ces recherches, parut un travail de M. Kienböck, inspiré aussi par une série d'accidents qu'occasionna inopinément une ampoule molle peu résistante et riche en rayons X. Ce travail était absolument confirmatif de nos expériences.

Si tout cela pouvait laisser quelque doute dans l'esprit, les communications de Walkhoff et Giesel en Allemagne; celle de MM. Curie et Becquerel en France suffiraient pour faire la certitude. On sait que ces physiciens maniant des substances radioactives, c'est-à-dire produisant des rayons très analogues aux rayons X, mais sans intervention d'électricité, et les ayant laissées en contact, soit volontaire soit fortuit, avec leurs téguments, virent apparaître sur leur peau des lésions analogues à celles que produisent les rayons X.

J'ai eu l'occasion d'observer les radiodermites de MM. Curie et Becquerel ainsi produites et je puis affirmer leur analogie absolue avec les radiodermites radiographiques.

En résumé, nous pouvons conclure que les radiodermites sont dues aux rayons X seuls.

Si maintenant nous cherchons à formuler une hypothèse sur la cause possible de ces lésions, je crois qu'il faut nous rappeler ce que nous savons de l'action biochimique des rayons de courte longueur d'onde. Comme l'ultra-violet, les rayons de Röntgen impressionnent la plaque photographique, excitent les corps phosphorescents ou fluorescents, déchargent l'électroscope, etc. Nous savons d'autre part que les rayons violets et ultra-violets ont une action spéciale sur l'épiderme, le pigmentant d'abord, puis produisant de l'érythème, des phlyctènes, de la desquamation.

Or, pigmentation, phlyctènes, desquamation, ce sont aussi les premières lésions que nous observons avec des rayons X peu pénétrants. Donc, mêmes actions physiques et chimiques, même genre de lésions épidermiques. Mais, tandis que les rayons ultra-violets ne traversent pas l'épiderme ou ne le traversent qu'à grand'peine quand, comme on le fait avec l'appareil de Finsen, on le comprime fortement pour en chasser le sang, les rayons X, grâce à leur longueur d'onde beaucoup plus courte, vont agir plus profondément et chercher pour les détruire, dans le derme ou le tissu cellulaire sous-cutané, les bulbes pileux, les cellules conjonctives et surtout les si délicates et si fragiles terminaisons des nerfs.

Ceci posé, quand nous voudrons faire de la radiothérapie, sachons aborder franchement la question, et puisque nous voulons utiliser l'action des rayons X, produisons-en le plus possible, et mettons-nous dans des conditions telles que ces rayons aient sur la peau l'action la plus puissante possible.

Si nous voulons faire agir la chaleur sur nos téguments nous ne mettons pas le thermocautère à une distance considérable de la peau

pour l'y laisser pendant 25 ou 30 minutes. C'est exactement ce que l'on fait quand on traite une région avec une ampoule de Crookes distante de 40 ou 50 centimètres, et en action pendant une demi-heure. Au contraire, rapprochons-nous le plus possible, mais diminuons les temps de pose dans une proportion énorme : au lieu de minutes comptons par secondes.

Avec une ampoule à osmo-régulateur, un radiochromomètre et un spintermètre, instruments dont M. Béclère va vous exposer le fonctionnement, nous pouvons avoir une source d'énergie X aussi constante que possible ; choisissons une distance à peu près invariable de l'ampoule à la peau, et nous n'aurons plus à nous occuper que des temps de pose que nous ferons très courts et que nous augmenterons progressivement jusqu'au moment où apparaîtra la première réaction de la peau.

Si en même temps tous les observateurs s'efforcent de se placer dans des conditions constantes, les résultats obtenus pourront se contrôler facilement, et le manuel opératoire se préciser de plus en plus. Ce n'est qu'à ce prix que la radiothérapie fera de réels et rapides progrès.

En résumé, pour un traitement radiothérapique quelconque voici ce que je proposerai :

1° Choisir une ampoule plutôt molle répondant, par exemple, à 5 centimètres d'étincelle équivalente si on a à traiter une affection superficielle ; une ampoule plutôt dure de 8 centimètres d'étincelle pour une affection profonde.

2° Garantir les régions à préserver par un masque de plomb ou d'étain relié à la terre.

3° Placer l'empoule à une distance telle que son anticathode soit à 10 centimètres de la peau, ce qui en suppose le verre à 4 ou 6 centimètres.

4° L'actionner avec un courant de 4 ampères, 15 volts, et de 20 interruptions par seconde.

5° La première séance sera d'une minute, la deuxième de une minute et demie, et ainsi de suite en augmentant la durée des séances de 30 secondes par jour.

6° A la moindre apparition d'érythème ou de démangeaisons, interrompre le traitement jusqu'à ce que ce symptôme ait complètement disparu.

7° Reprendre le traitement avec 3 minutes de pose en moins que celle qui aura amené le premier érythème, et ne remonter jamais à la durée qui l'aura produit si on traite une affection superficielle ; y revenir lentement au contraire pour une affection profonde, mais s'arrêter de nouveau dès que reparaîtra l'érythème.

8° On veillera avec soin pendant toute la durée du traitement avec

l'osmo-régulateur et le spinthermètre à ce que le rendement en rayons X reste constant.

9° Si on emploie une machine statique, et je crois que cela deviendra le procédé de choix, le spintermètre et l'osmo-régulateur seront seuls utiles, et seront les seuls éléments à considérer une fois pour toutes, la pénétration des rayons ayant été déterminée avec le radiochromomètre, proportionnellement à l'étincelle équivalente.

Je suis loin de vouloir dire que ces conditions soient les seules bonnes ; ce sont celles que j'ai remplies pour les deux observations que je vais vous lire, et avec lesquelles j'ai obtenu des résultats très intéressants. Je les propose donc telles quelles, en attendant mieux.

Obs. I. — *Lupus érythémateux.* — Mme F. G..., vingt-neuf ans, anglaise. Rien à signaler comme antécédents de famille. Pas de tuberculose. Plutôt de l'arthritisme. Mariée, deux enfants, six et quatre ans, très bien portants. Elle-même n'a jamais été malade.

L'affection actuelle a débuté en avril 1900 à la suite d'une influenza grave. Elle fut soignée successivement en France, par M. Fournier, en Angleterre par MM. Anderson et Crocker sans amélioration. Au contraire, la lésion s'étend progressivement. Au commencement de septembre la malade me fut adressée par le Dr Brocq et je lui fis pendant un mois environ des applications d'effluve de résonance qui amena pendant les dix premiers jours une amélioration marquée, puis ne donna plus aucun résultat. Du 10 novembre à la fin de décembre, le Dr Bisserié continue le traitement par l'effluve de haute fréquence. Le 10 février, le même traitement fut repris à Nice et amena une amélioration manifeste enrayée par une nouvelle poussée d'influenza.

Du 9 mars au 26 avril, même traitement repris sans succès par le Dr Bisserié.

Je revois la malade le 29 mai. Elle ne me dit pas qu'elle a continué à diverses reprises la haute fréquence, et ne m'a raconté que plus tard ces tentatives successives de traitement sans amélioration persistante.

Elle présente alors deux petites plaques de lupus érythémateux de forme irrégulière, placées symétriquement sur les joues, un peu en dedans des saillies des os malaires. La plaque de gauche est un peu plus étendue que celle de droite, et couvre une surface de 2 cent. 1/2 sur 1 cent. 1/2. La plaque droite a quelques millimètres de moins en largeur. Leur coloration est d'un rouge vif, faisant une saillie légère ; elles sont couvertes par places d'une croûte mélicérique peu adhérente se détachant facilement avec l'ongle.

Il existe une autre petite plaque des dimensions d'une lentille à la région temporo-frontale droite.

Je reprends le traitement par l'effluve de résonance à raison de trois séances par semaine, et le continue jusqu'au 18 juin sans la moindre amélioration.

Le 20 juin : 1re séance de radiothérapie. Ampoule de Villard réglée à 10 centimètres d'étincelle équivalente. Le verre de l'ampoule est à 3 centi-

mètres de la peau. Transformateur Rochefort de 50 centimètres d'étincelle, 4 Amp. et 18 volts au primaire. Interrupteur à mercure donnant environ 20 interruptions par seconde. La face est protégée par un masque formé par une feuille d'étain de 1 dixième de millimètre d'épaisseur collée sur un masque de carton, et dans laquelle ont été ménagés deux trous correspondant aux deux plaques de lupus.

Première	séance de 30 secondes	pour chaque plaque le	20	juin.
Deuxième	— 1 minute	—	21	—
Troisième	— 1 minute 1/2	—	22	—

A partir de la troisième séance l'amélioration a été considérable. La plaque est affaissée le 23 juin au point que sa saillie ne se sent plus sous le doigt. Elle n'a plus formé de croûte cette nuit et a beaucoup pâli.

Après la cinquième séance du 24 juin, on peut dire que les plaques ont à peu près disparu. Mais la malade me dit que quand elle a très chaud, ou quand elle se lave la figure, paraissent deux taches roses répondant aux deux trous du masque dont elles ont la forme régulièrement circulaire.

J'arrête alors les séances de radiothérapie que je reprends le 28 et le 29, sur les instances de la malade qui veut quitter Paris en juillet. 1 min. 1/2 chaque séance.

Le 12 juillet, je revois la malade complètement guérie; on ne voit plus trace des anciennes plaques de lupus, mais en frottant un peu vigoureusement les joues la malade fait apparaître les deux taches régulières roses, correspondant aux trous du masque. Sa peau aussi, me dit-elle, est plus sèche en ces points, et ne transpire pas comme le reste de la face.

Je fais deux séances le 12 et une le 13 pour la petite tache de la région temporale qui n'est pas modifiée.

Le 5 août, Mme F..., complètement guérie et dont la peau ne présente plus trace de l'ancienne affection, vient me demander, avant de quitter la France, de lui faire encore deux nouvelles séances.

Je ne l'ai plus revue depuis lors, et elle m'avait promis de revenir immédiatement à la moindre menace de récidive.

Obs. II. — M. B..., vingt et un ans, vient le 25 septembre me demander de lui épiler les avant-bras couverts de poils noirs abondants. Ce jeune homme, qui termine ses études en Allemagne, n'a qu'un mois à passer à Paris, temps absolument insuffisant pour faire de l'épilation électrolytique ; je lui propose la radiothérapie qu'il accepte.

Ampoule de Villard à 5 centimètres de la peau. Étincelle équivalente de 10 centimètres. Transformateur de 50 centimètres d'étincelles. Environ 20 interruptions à la seconde avec un trembleur genre Foucault, 4 Amp. et 18 volts au primaire. Une séance tous les jours, la première de trois minutes, 30 secondes en plus par jour jusqu'à 4 minutes 1/2. Je ne dépasse pas ce temps, bien que la peau ne présente aucune réaction.

A la quinzième séance des poils commencent à venir à une traction légère, et tombent de plus en plus abondamment jusqu'à la trentième séance. Il ne reste plus alors que de rares poils sur de larges surfaces presque complètement glabres, séparées par des sillons au niveau desquels l'épilation a été beaucoup moins rapide et moins totale ; ce qui donne un aspect zébré à la peau. Je suis convaincu que quelques séances supplémentaires auraient

terminé parfaitement cette épilation qui, d'ailleurs, s'est probablement continuée après le départ du malade.

Je ne vous cite cette observation très incomplète qu'à cause de l'absence totale de réaction et du début d'épilation sans érythème, sans démangeaisons, sans même de pigmentation.

Je crois, dans tous les cas, qu'il serait très intéressant de poursuivre ces essais en se plaçant dans des conditions analogues à celles que je viens de vous dire.

Les mesures exactes en radiothérapie.

Par M. Béclère.

Notre collègue M. Oudin vient de vous exposer pour quelles raisons il paraît aujourd'hui tout à fait démontré que les rayons de Röntgen sont la cause exclusive des effets nocifs aussi bien que des effets thérapeutiques observés après l'exposition plus ou moins prolongée des téguments à l'action des ampoules de Crookes.

Je ne veux rien ajouter à sa démonstration, mais je vous demande la permission de compléter par quelques détails techniques les conclusions auxquelles il aboutit.

L'action des rayons de Röntgen sur les téguments dépend essentiellement de deux facteurs : la *quantité* et la *qualité* des rayons auxquels les téguments sont exposés.

La *quantité* des rayons de Röntgen qui entrent en jeu dans une cure radiothérapique varie avec la quantité d'énergie électrique à laquelle l'ampoule de Crookes donne passage en un temps donné, avec la distance de l'ampoule à la peau, avec l'incidence des rayons sur la surface cutanée, avec le nombre des expositions, avec la durée de chaque exposition. C'est un facteur qui n'est certes nullement négligeable, mais ce n'est pas cependant le plus important.

Le facteur capital en radiothérapie, c'est la *qualité* des rayons employés. Il existe en effet toute une série, toute une échelle de rayons de Röntgen, distincts les uns des autres par leur inégale pouvoir de pénétration, depuis des rayons très peu pénétrants, impuissants à traverser les parties molles de la main, jusqu'à des rayons ultra-pénétrants, capables de transpercer une plaque de fer de plusieurs millimètres d'épaisseur.

Les effets très différents produits sur les tissus vivants par les divers rayons de Röntgen dépendent avant tout de leur inégal pouvoir de pénétration. Les rayons très peu pénétrants, presque entièrement absorbés par les couches successives qu'ils rencontrent, ont sur les téguments une action nocive qui peut aller jusqu'à la destruction complète. Les rayons très pénétrants, à peine absorbés par les tissus

qu'ils traversent, n'exercent sur ces derniers à peu près aucune action utile ou nuisible : ils sont indifférents. Enfin entre ces deux extrêmes il existe une catégorie de rayons moyennement pénétrants qui, partiellement absorbés, peuvent, en certaines conditions pathologiques, provoquer dans l'épaisseur du derme des réactions capables d'aboutir à un processus curateur.

Tout essai de traitement des affections cutanées à l'aide des rayons de Röntgen n'est donc pleinement légitime qu'à deux conditions. Le médecin doit pouvoir produire, à volonté, des rayons plus ou moins pénétrants ; surtout il doit pouvoir déterminer exactement le degré de pénétration des rayons dont il se sert. A ces deux conditions seulement la radiothérapie devient une méthode de traitement véritablement scientifique et il est permis d'éviter les accidents. S'il est nécessaire en hydrothérapie, en balnéothérapie de connaître la température de l'eau qu'on emploie ; s'il est indispensable, en photothérapie, de savoir à quelle région du spectre solaire appartiennent les radiations lumineuses dont on fait usage, il ne l'est pas moins, en radiothérapie, de préciser le degré de pénétration des rayons fournis par l'ampoule.

Trois instruments d'invention française permettent aujourd'hui de satisfaire aux conditions fondamentales d'une cure radiothérapique : l'ampoule à osmo-régulateur de Villard, le spintermètre, le radiochromomètre de Benoist.

Ampoule à osmo-régulateur. — Une même ampoule, suivant la raréfaction plus ou moins grande de son atmosphère intérieure, est capable de fournir toute la série des divers rayons de Röntgen, depuis les moins pénétrants jusqu'aux plus pénétrants ; à mesure que le gaz qu'elle contient est plus raréfié, elle donne des rayons plus pénétrants. Une même ampoule n'est pas toujours semblable à elle-même. Au sortir des mains du fabricant, après qu'il a fermé au chalumeau le becquet qui la mettait en communication avec la pompe à mercure destinée à faire le vide, il semble que l'ampoule devrait demeurer à un degré de vide invariable. Cependant l'expérience montre qu'une même ampoule, à mesure qu'elle fonctionne, fournit des rayons de plus en plus pénétrants jusqu'au jour où, extérieurement intacte, elle ne se laisse plus traverser par le courant électrique et doit être mise de côté. Bien qu'elle soit hermétiquement close, tout se passe comme si une partie du gaz qu'elle contient lui était soustraite à mesure qu'elle fonctionne. En réalité, il en est ainsi ; le gaz qui l'emplit est, sous l'influence du passage du courant électrique, partiellement absorbé par la paroi de verre et par les électrodes.

Les ampoules *à régulateur de vide* sont des ampoules munies d'un dispositif qui permet d'augmenter ou de diminuer à volonté la raréfaction de leur atmosphère intérieure. De tous les régulateurs de vide

qui peuvent être adaptés aux ampoules, le plus ingénieux, le plus simple et le plus parfait est *l'osmo-régulateur de Villard*; c'est l'organe qui permet le plus facilement et le plus rapidement de faire varier comme on le désire, leur degré de vide et par conséquent d'augmenter ou de diminuer à volonté le pouvoir de pénétration des rayons qu'elles donnent.

Depuis bien des années Troost et Sainte-Claire Deville ont démontré que le platine chauffé au rouge devient perméable à l'hydrogène. Tel est le principe de l'osmo-régulateur Villard qui consiste en un simple tube de platine fermé à l'une de ses extrémités et soudé par l'autre extrémité à l'ampoule. Si on chauffe directement ce tube au rouge vif dans une flamme quelconque, de gaz ou d'alcool, comme toutes les flammes contiennent de l'hydrogène libre, celui-ci entre dans l'ampoule en traversant la paroi de platine devenue poreuse. Quand on cesse de chauffer, le tube de platine redevient imperméable et l'hydrogène qui a pénétré ne peut plus ressortir. Le même principe qui a permis d'introduire de l'hydrogène dans l'ampoule permet aussi d'en retirer, quand on le désire. Il faut, dans ce but, chauffer de nouveau le tube de platine au rouge, mais cette fois à l'abri du contact de la flamme. On y parvient à l'aide de la disposition suivante: on entoure le tube de platine d'un petit manchon protecteur également en platine, à l'intérieur duquel l'air peut librement circuler. C'est ce manchon qu'on chauffe extérieurement au rouge vif avec une lampe à alcool ou un chalumeau à gaz, en ayant soin que la flamme ne pénètre pas à l'intérieur. Dans ces conditions, le petit tube de platine, également chauffé au rouge, n'est entouré que d'air chaud et l'hydrogène de l'ampoule s'échappe peu à peu au travers de la paroi devenue poreuse. Ces deux opérations peuvent être successivement renouvelées autant de fois qu on le désire. C'est ainsi que les ampoules à osmo-régulateur donnent, à volonté, des rayons plus ou moins pénétrants. Elles possèdent un autre privilège, celui d'avoir une durée de fonctionnement pour ainsi dire indéfinie ; ces deux avantages compensent amplement, vis-à-vis des ampoules ordinaires, leur prix plus élevé.

Spintermètre. — Ce n'est pas assez de pouvoir faire produire à une ampoule des rayons plus ou moins pénétrants; il faut pouvoir reconnaître et indiquer, à chaque instant de son fonctionnement, le degré de pénétration des rayons qu'elle fournit. Tout dernièrement encore il n'était possible d'y parvenir que d'une manière indirecte. C'est un fait d'observation que pour une même ampoule, reliée à un générateur d'énergie électrique déterminé, il existe une relation constante entre la résistance qu'elle oppose au passage du courant qui la traverse et le degré de pénétration des rayons qu'elle produit : plus sa résistance électrique devient grande, plus augmente en même

temps le pouvoir de pénétration de ses rayons. Le moyen de savoir si les rayons produits par une ampoule sont plus ou moins pénétrants aujourd'hui qu'hier, le moyen d'amener cette ampoule, à l'aide de l'osmo-régulateur, à produire des rayons exactement aussi pénétrants que ceux qu'elle a donnés, plusieurs jours ou plusieurs semaines avant, dans une opération radiographique ou radiothérapique, dont les résultats ont été jugés satisfaisants, c'est donc de mesurer exactement la résistance électrique de cette ampoule. Comment effectuer cette mesure ? Très simplement de la manière suivante : pendant que l'ampoule fonctionne on rapproche l'un de l'autre les deux conducteurs métalliques, reliés à ses électrodes, qui servent à l'entrée et à la sortie du courant électrique ; on les rapproche jusqu'à ce qu'une étincelle éclate entre ces deux conducteurs, établissant ce qu'on appelle un court-circuit. L'électricité tend toujours à prendre le chemin le plus facile, à passer là où elle rencontre le moins de résistance. L'étincelle qui apparaît entre les deux conducteurs éclate donc au moment précis où l'épaisseur de la couche d'air qui les sépare cesse d'opposer au passage de l'électricité une résistance plus grande que celle de l'ampoule. Si la résistance de l'ampoule est forte, l'étincelle éclate quand les deux conducteurs sont assez éloignés, elle est très longue. Si au contraire la résistance de l'ampoule est faible, l'étincelle éclate seulement quand les conducteurs sont assez rapprochés, elle est très courte. Ainsi la longueur de l'étincelle qui éclate entre les deux conducteurs progressivement rapprochés varie avec la résistance de l'ampoule et en permet la mesure exacte ; on dit de cette étincelle qu'elle est *équivalente* à la résistance de l'ampoule et l'opération que je viens de décrire est appelée par abréviation *la recherche de l'étincelle équivalente*. Quand on dit par exemple qu'une ampoule a une étincelle équivalente de 6 centimètres, on entend que sa résistance électrique équivaut à la résistance d'une couche d'air de 6 centimètres d'épaisseur.

Pour faciliter la recherche et surtout la mesure de l'étincelle équivalente, j'ai fait construire par M. Drault un petit instrument, *le mesureur d'étincelle* ou, pour parler grec, le *spintermètre* qui me rend journellement de grands services (1). Il consiste essentiellement, comme vous le voyez, en une longue tige métallique, divisée en centimètres et demi-centimètres, terminée par une boule métallique à l'une de ses extrémités et portant à l'autre extrémité un manche isolant en ébonite. Cette tige est mobile à frottement doux dans une coulisse métallique montée sur un pied isolant, de façon que la boule se rapproche ou s'éloigne à volonté d'une autre boule métal-

(1) La mesure indirecte du pouvoir de pénétration des rayons de Röntgen, à l'aide du spintermètre, par A. Béclère. *Archives d'électricité médicale*, n° 88, 15 avril 1900.

lique fixée sur un second pied isolant, distant du premier de 25 centimètres environ.

Pour faire fonctionner le spintermètre, on place la coulisse et la boule fixe dans le circuit en reliant chacune d'elles d'une part à l'un des pôles de la machine statique (ou de la bobine d'induction), d'autre part à l'électrode correspondante de l'ampoule. Quand le courant passe, si les boules fixe et mobile sont assez rapprochées l'une de l'autre, une étincelle éclate entre les deux. On retire alors doucement la tige mobile dans sa coulisse jusqu'à ce que l'étincelle n'éclate plus que par intermittences. Il suffit à ce moment de lire sur la tige graduée le chiffre de la division la plus proche de la coulisse pour connaître exactement la distance en centimètres des deux boules fixe et mobile et par conséquent la longueur de l'étincelle équivalente à la résistance électrique de l'ampoule. Si cette résistance n'est pas celle qu'on désire, on l'augmente ou on la diminue en modifiant le degré du vide à l'intérieur de l'ampoule au moyen de l'osmo-régulateur Villard. Quand on a obtenu la résistance cherchée, si on veut la maintenir pendant toute la durée de l'opération radiothérapique au degré mesuré par le spintermètre, on écarte un peu les deux boules fixe et mobile jusqu'à ce que l'étincelle n'éclate plus et on se tient prêt à chauffer l'osmo-régulateur dès que l'apparition d'une nouvelle étincelle témoigne d'une augmentation dans la résistance de l'ampoule.

En résumé, le spintermètre indique exactement la longueur de l'étincelle équivalente à la résistance de l'ampoule et permet de mesurer indirectement le pouvoir de pénétration des rayons qu'elle fournit.

Les médecins allemands, à en juger au moins par les quelques publications que j'ai lues et en particulier par les travaux si remarquables du docteur Kienböch de Vienne, que vous a rapportés notre collègue Oudin, ne semblent pas, quand ils font de la radiothérapie, se préoccuper de la mesure de l'étincelle équivalente. Il n'en est pas de même des médecins anglais ; dans la discussion soulevée à la *Roentgen Society* en avril 1901 sur les dermatites produites par les ampoules de Crookes, il a été fait souvent mention de l'étincelle équivalente (*the parallel spark*) ; miss Margaret M. Sharpe n'a observé d'accidents qu'avec une seule ampoule dont l'étincelle équivalente avait quatre pouces anglais (environ 10 centimètres) de longueur, elle n'en a jamais vu se produire avec des ampoules plus résistantes ; d'après l'expérience de tous ceux qui ont pris part à la discussion, on a conclu que les rayons dangereux sont donnés seulement par les ampoules peu résistantes et que lorsqu'une ampoule possède une résistance égale à un *intervalle d'air* (*air-gap*) d'environ 5 pouces (12, 5 à 13 centimètres) les rayons produits sont inca-

pables de produire aucun accident. Je dois ajouter que dans la plupart des hôpitaux de Londres la radiothérapie est appliquée au traitement des lupus et des épithéliomas de la face; pendant mon séjour dans cette ville, lors du récent Congrès pour la prophylaxie de la tuberculose, j'ai eu occasion de voir un certain nombre de cas qu'on m'a dit avoir été très heureusement modifiés par l'action des rayons de Röntgen.

Radiochromomètre de Benoist. — Sans abandonner la mesure de l'étincelle équivalente à l'aide du spintermètre dont le maniement est si simple, et dont les indications sont si utiles, il est possible aujourd'hui de classer les divers rayons de Röntgen d'après leur inégal pouvoir de pénétration, comme on classe les diverses radiations du spectre solaire d'après leur inégal pouvoir de réfraction, et rien n'est si facile que de déterminer rapidement, avec précision, pendant tout le cours du fonctionnement d'une ampoule quelconque, la classe à laquelle appartiennent les rayons qu'elle produit, grâce au *radiochromomètre* de Benoist. Ce petit instrument si pratique est le fruit des longues et remarquables recherches de l'auteur sur les lois générales de transparence de la matière pour les rayons X (1). Il est fondé sur le principe suivant : étant donnés deux corps de poids atomiques différents et par suite inégalement transparents aux rayons X, tels que l'argent et l'aluminium par exemple, le rapport de transparence de ces deux corps varie avec la qualité ou plus exactement avec le pouvoir de pénétration des rayons qui les traversent ; en prenant pour la commodité de la démonstration des chiffres tout à fait arbitraires, si l'aluminium est seulement cinq fois plus transparent que l'argent pour une certaine qualité de rayons, il devient, pour des rayons de plus en plus pénétrants, dix fois, vingt fois, trente fois, quarante fois, cinquante fois plus transparent que l'argent. D'après ce principe, le radiochromomètre de Benoist est formé d'un très mince disque d'argent, d'une épaisseur déterminée qui occupe le centre d'un cercle dont le contour est formé par douze secteurs d'aluminium d'épaisseur régulièrement croissante de 1 à 12 millimètres. Le numéro d'ordre du secteur d'aluminium qui caractérise, soit sur l'écran fluorescent, soit sur la plaque radiographique, la même transparence que l'étalon d'argent, caractérise la qualité des rayons produits par l'ampoule. Par exemple, si la teinte de l'ombre projetée sur l'écran fluorescent par le disque d'argent correspond exactement, comme intensité, à la teinte de l'ombre projetée par le sixième secteur d'aluminium, par le secteur d'aluminium de 6 millimètres d'épaisseur, on dit que les rayons produits sont des rayons du sixième degré dans l'ordre du pouvoir de péné-

(1) L. BENOIST. Lois de transparence de la matière pour les rayons X. *Journal de physique*, novembre 1901.

tration. Les trois épreuves radiographiques que je vous présente font voir une main successivement radiographiée avec une même ampoule à des degrés croissants de résistance; chaque épreuve reproduit le radiochromomètre qui avait été posé à plat sur la plaque sensible, à côté de la main. Comme vous le pouvez voir, sur la première épreuve, la teinte du disque d'argent correspond en intensité à la teinte du troisième secteur d'aluminium ; sur la seconde épreuve la teinte du disque d'argent correspond à la teinte du cinquième secteur d'aluminium ; enfin sur la troisième épreuve la teinte du disque d'argent correspond à la teinte du septième secteur d'aluminium. Ces trois épreuves ont donc été obtenues respectivement avec des rayons du troisième, du cinquième et du septième degré. Le radiochromomètre peut être enfermé dans une petite chambre noire en forme de lunette, fermée à l'une de ses extrémités par un petit écran fluorescent et portant un œilleton à l'extrémité opposée, comme celle que je vous présente. Il suffit de viser l'ampoule un instant avec cette lunette radiochromométrique pour savoir immédiatement le degré de pénétration des rayons qu'elle donne.

Tels sont les trois instruments qui permettent d'introduire des mesures exactes en radiothérapie et d'en faire une méthode de précision. Pour la production des rayons de Röntgen dans l'ampoule, on a le choix entre la bobine d'induction et la machine statique. Toutes mes préférences vont à la machine statique en raison de la continuité et de la régularité de son débit ; je la crois capable, plus que la bobine d'induction, de produire dans l'ampoule exclusivement des rayons d'un certain degré de pénétration, des rayons simples s'il est permis de les appeler ainsi par analogie avec les couleurs simples du spectre solaire, et non pas un mélange complexe de rayons très inégalement pénétrants.

Permettez-moi, à cette occasion, de vous présenter une machine statique à quatre plateaux construite par M. Drault, et facile à mouvoir à la main au moyen d'une manivelle, comme le type de l'appareil radiogène transportable ; j'ai dit ailleurs les services que peut rendre cette petite machine pour la radioscopie et la radiographie au domicile des malades (1) ; je prévois qu'elle ne sera pas moins précieuse pour la radiothérapie et j'ajoute en passant que rien n'est si facile, comme l'a démontré le docteur Leduc, de Nantes, de produire avec cette machine les rayons ultra-violets usités en photothérapie.

Je viens de faire allusion au mélange complexe de rayons très inégalement pénétrants que peut produire l'ampoule, particulièrement avec la bobine d'induction. C'est pour compter avec les moins pénétrants, c'est-à-dire avec les plus nocifs de ces rayons, qu'il importe

(1) A. Béclère. Sur une machine statique propre à l'examen radioscopique au domicile des malades. *Archives d'électricité médicale*, n° 91, 15 juillet 1900.

de mettre les téguments qu'on veut traiter à une certaine distance de l'ampoule et que l'emploi d'un écran d'aluminium interposé peut être utile, non pas comme on le croyait autrefois en arrêtant l'effluve électrique, mais en filtrant les rayons de Röntgen et en absorbant les rayons dangereux.

Je termine en rappelant l'intéressante communication que nous a faite dernièrement notre collègue Danlos sur le traitement du lupus érythémateux par des applications de radium. En raison de la complexité des radiations fournies par les substances radio-actives, radium, polonium et actinium, il me semble qu'il y aurait grand intérêt à appliquer le radiochromomètre de Benoist à leur étude.

Excusez-moi d'avoir si longtemps retenu votre attention sur des détails quelque peu arides. S'il est une branche de la médecine où s'impose, comme une nécessité, l'exactitude des mesures, c'est à coup sûr dans l'application des agents physiques au traitement des maladies et tout particulièrement dans le maniement des rayons de Röntgen employés comme agent thérapeutique.

M. Barthélemy. — Les communications que nous venons d'entendre mettent au point une très importante question, c'est la pratique en dermatologie des rayons X. Jusqu'ici les tentatives röntgéniennes étaient très risquées en ce sens que, tantôt on avait des succès, et tantôt des échecs; d'autres fois même, en dépit des précautions et de l'expérience des opérateurs, il y avait des accidents qui n'étaient nullement imputables à la manière de faire; c'était l'effet de forces encore inconnues et qui échappait à toute prévision. Dans ces conditions, l'emploi des rayons röntguéniens ne pouvait qu'être limité à la dermothérapie. Comment traiter une séborrhée, un lupus érythémateux ou une hypertrichose de la face, si l'on s'expose à produire — et l'on n'était jamais certain que cela n'arriverait pas — des lésions graves et par leur profondeur, leur étendue et leur durée? C'est ce qui nous est arrivé, à M. Oudin et à moi, sur nos malades de Saint-Lazare où nous avons eu des lésions cutanées graves, alors que nous ne cherchions qu'à produire de simples phénomènes révulsifs ou dépilatoires. Il est vrai que nous avions choisi des malades ayant toutes des accidents inflammatoires péri-utérins qu'on ne pouvait guérir que par les pointes de feu, les vésicatoires à répétition, le repos. Dans ces conditions, nos malades éprouvèrent quand même d'utiles profits de la thérapeutique employée; mais il n'en est pas moins vrai que les lésions cutanées furent produites, en quelques instants, dans une même séance, avec un outillage neuf de la meilleure condition et manié avec précaution et avec compétence. Il ne s'agissait pas du champ électrostatique, ni de la sécheresse ou de l'humidité de la peau, ni de la sueur plus ou moins salée, ni de l'idiosyncrasie, puisque toutes nos malades, placées dans des conditions absolument identiques, furent atteintes en dépit de leur âge, de leur tempérament, de leur état de santé ou de maladie, de leur peau brune ou blonde, fine ou résistante, sèche ou suante. Le courant électrique, la distance de l'ampoule, la durée, tout restant dans des conditions uniformes, il devenait

certain que la cause ne pouvait plus être attribuée qu'à l'ampoule et aux rayons X. Il devenait certain dès lors que certaines ampoules (et ici il s'agissait de l'ampoule neuve et récente de Villar, bref ce qu'on connaissait de mieux) peuvent devenir nuisibles et sont d'autant plus dangereuses que rien ne pouvait au préalable avertir l'opérateur de ce qui allait survenir. Il devenait certain que les rayons X étaient de qualité et de nature différentes, doués de propriétés variables et tout leur emploi, pour les choses délicates de la dermatologie, à la face, à la poitrine, aux bras, restait à tout jamais impossible dans des conditions de succès aussi problématique et d'accidents aussi sérieux toujours possibles. Et pourtant de tous côtés, à l'étranger, paraissaient des observations relatant la guérison par les rayons X de dermatoses qui ne pouvaient pas guérir par d'autres moyens : tels sont certains cas d'épithélioma, de lupus, de séborrhée, d'hypertrichose, de pigmentation ou de décoloration cutanée, de teignes, voire de sclérodermie, etc., etc. Il est devenu probable pour moi que la radiothérapie röntgénienne peut être utile dans certains cas de vitiligo par exemple, pour ne parler que de ceux-là, qui échappent aux procédés thérapeutiques jusqu'ici connus. On voit donc combien sont importantes les communications de nos collègues Oudin et Béclère, puisque leurs travaux vont permettre de pouvoir utiliser les rayons X en connaissance de cause. C'est là certainement un progrès réel, qu'il nous est d'autant plus agréable de constater qu'il est dû à des appareils d'invention exclusivement française, ce qu'il n'est pas mauvais de signaler en passant. Nous publierons d'ailleurs prochainement, M. Oudin et moi, un mémoire relatant avec tous les détails nécessaires, ce que je n'expose ici que brièvement à cause du peu de temps dont nous disposons dans cette séance.

Urticaire persistante localisée à la face ou érythrodermie prémycosique ?

Par MM. Balzer et P. Lecornu.

S. B..., couturière, âgée de vingt-six ans, est venue à la consultation de l'hôpital Saint-Louis à la fin de décembre 1901, pour une poussée de prurigo généralisé datant de quelques semaines. En l'examinant nous avons été frappés de l'état tout particulier de sa physionomie.

La face est, en effet, d'une coloration rouge sombre diffuse et sillonnée de plis et de rides profondes ; la malade paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est en réalité : en ne voyant que la figure, on lui donnerait volontiers cinquante ans, alors qu'elle n'en a que vingt-six ; la chevelure très brune, restée jeune, contraste d'ailleurs avec la physionomie.

Interrogée sur ses antécédents, la malade nous répond que son père, sa mère, ses frères et sœurs sont bien portants et n'ont jamais été malades. Elle-même s'est bien portée jusqu'à l'âge de dix ans ; à cette époque elle aurait eu une phthiriase assez intense du cuir chevelu avec croûtes impétigineuses et abcès de la nuque ; puis peu après un eczéma impétigineux de la face et des mains. Cet eczéma aurait été assez intense et aurait nécessité un séjour à l'hôpital Trousseau pendant un mois. A la sortie de l'hôpital

l'eczéma était guéri, mais l'enfant conservait une rougeur et un épaississement de la peau de la face qui ont persisté depuis lors et se sont même accentués de manière à réaliser cet aspect vieillot de la peau de la face que l'on observe maintenant. Depuis la même époque, la malade a éprouvé presque constamment un prurit assez intense, localisé à la face et aux mains. Ce prurit s'exagère de temps en temps lorsqu'il se produit des poussées congestives au visage.

Ces poussées qui surviennent sous des influences diverses, telles que ingestion de charcuterie, exposition au froid ou au vent, émotions, etc., sont éphémères ; elles durent quelques heures à peine et s'accompagnent d'un boursouflement avec rougeur de la face. Il surviendrait même à l'occasion de ces poussées des éruptions d'un aspect ortié, non bulleuses, localisées à la face. Ces poussées se terminent par une desquamation furfuracée très légère de la peau.

A un certain moment, la malade aurait eu des adénopathies cervicales assez prononcées, mais elles se sont atténuées depuis quelques années.

Enfin le prurigo était jusqu'alors resté localisé à la face et aux mains; ce n'est qu'au mois de novembre qu'il s'est généralisé. La malade n'a suivi jusqu'alors aucun autre traitement que des douches et des applications de pommades à l'oxyde de zinc sur la figure.

Actuellement, la rougeur un peu brunâtre de la face s'étend uniformément depuis la racine des cheveux jusqu'à la partie moyenne du cou; ses limites à ce niveau sont assez peu nettes et, au dire de la malade, la rougeur a envahi les épaules au moment de certaines poussées congestives. Il existe d'ailleurs à la limite de la rougeur une zone blanchâtre qui semble indiquer que les lésions ont rétrocédé. Cette rougeur est d'une intensité assez variable suivant l'influence des poussées congestives déjà décrites.

Ce qui frappe en même temps que la rougeur, c'est l'épaississement de la peau qui est très marqué; ses plis naturels sont très exagérés; elle semble en outre trop large pour contenir les parties sous-jacentes; de là ces rides très profondes que l'on observe au visage. L'épaississement de la peau est aussi très manifeste si l'on prend la peau entre les doigts : on sent alors qu'elle est d'une consistance assez ferme.

La desquamation à la surface de la peau est à peu près nulle. Elle ne s'accentue qu'à la suite des poussées congestives, il se produit alors un léger furfur.

Nous avons pu assister à une de ces poussées congestives; cette poussée, survenue à la suite d'ingestion de charcuterie, fut caractérisée par une augmentation de l'intensité de la rougeur de la face et bientôt par l'apparition sur le côté droit du cou de plaques urticariennes, peu étendues, de coloration plus foncée que la peau voisine, saillantes à la périphérie, déprimées au centre. Ces plaques provoquèrent un violent prurit. Elles évoluèrent en vingt-quatre heures.

Le système lymphatique de la malade paraît atteint : elle dit bien avoir présenté des adénopathies considérables de la région cervicale; mais actuellement on ne constate que quelques ganglions roulant sous le doigt dans la région de la nuque; pas d'adénopathies axillaires, ni inguinales ; pas de ganglions épitrochléens accessibles.

Le système pileux n'est pas atteint davantage ; il n'y a pas trace d'alopécie. Le dermographisme n'est pas facile à provoquer, mais existe cependant un peu.

Les autres organes paraissent sains; rien au cœur, rien aux poumons, la malade éprouve seulement de temps à autre quelques troubles digestifs. Les urines sont normales.

Considérant l'ancienneté de l'affection, la persistance du prurit, l'épaississement de la peau qui l'accompagne, les poussées congestives qui se produisent fréquemment, l'existence des ganglions cervicaux, nous avions pensé d'abord à une érythrodermie prémycosique, en tenant compte de deux faits déjà observés par l'un de nous et qui présentaient avec le cas actuel une certaine analogie.

C'est le diagnostic que nous avons proposé à la Société, en appelant la discussion et en faisant des réserves.

Après avoir entendu les divers avis exprimés par nos collègues, nous serions disposés à nous rallier au diagnostic d'*urticaire localisée et persistante* qui a été proposé par M. Hallopeau.

Comme on peut le voir par la lecture de l'observation, ce diagnostic est justifié par quelques-uns des caractères de la maladie, et notamment par la forme ortiée que prennent les éléments rouges qui accompagnent le gonflement de la figure au moment des poussées. De plus, ces poussées congestives sont plus brèves que celles que nous avions observées dans les cas déjà cités ; enfin la malade a un léger dermographisme.

Ce qui nous fait hésiter encore, ce sont les dissemblances qui existent entre les phénomènes qui se passent du côte de la figure et ceux qui se produisent sur le reste du corps et surtout aux mains et aux avant-bras.

En effet, la malade éprouve, depuis quelque temps, un prurit généralisé et assez intense, surtout aux mains et aux avant-bras. Or, ni dans ces régions, ni sur le reste du corps, nous n'avons observé d'éléments ortiés coïncidant avec ceux de la figure ; la malade elle-même ne les a pas observés à l'occasion des poussées antérieures. Les lésions que l'on observe aux mains et aux avant-bras rappellent plutôt celles du prurigo que celles de l'urticaire, ce sont de petites excoriations avec rougeur et pigmentation consécutives. Mais il est incontestable qu'un prurigo puisse fort bien accompagner une affection urticarienne d'aussi longue durée.

Il y a donc certainement des arguments sérieux en faveur d'une urticaire persistante localisée à la face ; mais nous rappellerons aussi que les poussées d'éléments à forme ortiée (Hallopeau et Leredde) s'observent également dans l'érythrodermie prémycosique.

Pour nous résumer, tout en restant un peu dans un doute qu'une

observation plus prolongée arrivera, nous l'espérons, à dissiper, nous reconnaissons que le diagnostic d'urticaire persistante offre plus de probabilités que celui d'érythrodermie prémycosique. Nous ferons notre possible pour compléter plus tard l'observation et apporter un diagnostic définitif.

Tuberculides des organes génitaux.

Par M. Du Castel.

Je vous ai déjà présenté dans la dernière séance le malade que je vous présente aujourd'hui ; l'aspect de son éruption s'est modifié, compliqué. Il existe encore un certain nombre de papules nécrotiques; sur les jambes, il s'est produit une éruption circinée à extension excentrique progressive, formant des plaques pigmentées entourées d'une ligne de papules peu volumineuses. La lésion sur laquelle je désire appeler votre attention est celle des organes génitaux ; sur le prépuce il existe deux ulcérations d'un centimètre de diamètre environ, à bords à pic, mais non décollés, présentant de grandes analogies avec un ulcère chancrelleux. Hier cette lésion était recouverte d'une petite plaque nécrotique aujourd'hui tombée. Cet homme ne s'est exposé depuis de longs mois à contracter aucune affection vénérienne. Je crois qu'il est incontestable que l'affection des organes génitaux est de même nature que les tuberculides de la peau : ce sont des papules gangréneuses.

Ce n'est du reste par la première fois que j'observe pareille lésion : voici une photographie sur laquelle vous observez, au niveau du sillon balano-préputial, une lésion identique d'aspect, c'est-à-dire, un ulcère à bords à pic recouvert d'une plaque nécrotique. Cette photographie est celle d'un malade atteint d'adénites tuberculeuses suppurées et de lichen scrofulosorum. Ces deux faits montrent que, parmi les affections ulcéreuses des organes génitaux, il y a lieu de tenir compte de la possibilité de tuberculides ulcérées.

Au cours de la séance, ont été nommés :
Membres titulaires : MM. Milian, Rist, Chatin, Darbois.
Membre correspondant : M. Vieira (de Vienne).

Le secrétaire :

L. Brodier.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Arsenic (Dermatoses dues à l').

Action de l'arsenic sur la peau saine (The action of arsenic on the healthy tissues of the skin), par L. Roberts. *British medical Journal*, 28 septembre 1901, p. 861.

Il résulte des recherches de Gautier que l'arsenic est extrêmement répandu dans la nature. Liebig avait admis que l'arsenic se combinait avec le protoplasma cellulaire et formait des albuminates inaltérables. On explique maintenant l'action de l'arsenic sur les tissus en le considérant comme un vecteur d'oxygène: suivant les tissus et les circonstances il agit comme oxydant ou comme réducteur, l'acide arsénique se transformant en acide arsénieux ou inversement en présence des éléments vivants.

Un bon nombre de tissus ou d'organes du corps humain contiennent normalement de l'arsenic; celui qui en contient le plus et de beaucoup est le corps thyroïde. En revanche, tous les tissus où les phénomènes d'oxydation sont très actifs, comme le sang, les muscles, le foie, etc., n'en contiennent point. L'arsenic dans le corps thyroïde est combiné à la nucléine et il est probablement nécessaire au fonctionnement de cet organe.

L'action de l'arsenic sur la peau se traduit par les phénomènes suivants:

1° Pigmentation. Elle est due à de la mélanine ; celle-ci ne paraît pas contenir de fer et ne provient probablement pas du sang. Le pigment, très abondant dans l'épiderme, est très rare dans le derme.

2° Hyperkératinisation. Elle est précédée par un stade assez court de prolifération épithéliale auquel succède un stade d'atrophie portant surtout sur les bourgeons interpapillaires, de sorte que l'épiderme devient planiforme.

3° Desquamation. Elle est très caractéristique; les lamelles exfoliées sont chargées de pigment qui s'élimine de la sorte. La desquamation peut survenir d'emblée, elle n'est pas toujours consécutive à l'érythème.

4° Atrophie. Elle est l'aboutissant des autres lésions et porte d'abord sur l'épiderme, puis sur les glandes sudoripares, enfin les glandes sébacées et le derme.

5° Dégénérescence graisseuse. Elle s'observe surtout au début; on trouve de la graisse dans l'épiderme et dans les glandes sudoripares. Plus tard la graisse disparaît. W. D.

Épithélioma arsenical (Epithelioma supervening on arsenical keratosis), par R. Crocker et Pernet. *British Journal of Dermatology*, 28 sept. 1901, p. 864.

Un homme de soixante ans avait été atteint de psoriasis à vingt ans ; il avait pris de l'arsenic pendant deux ans et plus jamais depuis. A cette époque s'étaient développées quelques saillies verruqueuses qui avaient persisté.

Il y a deux ans une de ces verrucosités, située sur le bord cubital de la main

droite près de l'articulation phalangienne du cinquième métacarpien, s'est ulcérée. Cette lésion a été excisée en avril 1900. Six mois après il y a des douleurs au siège de l'opération, la cicatrice est dure, il y a un ganglion dans l'aisselle et on ampute les deux derniers doigts.

L'examen microscopique fait à la suite des deux opérations montre un épithélioma commençant dans le premier ulcère, un épithélioma constitué dans la rechute.

Il est remarquable de voir la persistance de la kératose et sa tardive dégénérescence si longtemps après la suppression de la cause. W. D.

Épidermolyse bulleuse.

Épidermolyse bulleuse héréditaire (Case of epidermolysis bullosa hereditaria), par L. E. Schmidt. *Journal of the American medical Association*, 31 août 1901, p. 556.

Garçon de neuf ans sans aucun trouble de la santé générale ; ni ses deux frères aînés, ni ses parents n'ont jamais présenté rien d'analogue. Les premières bulles ont apparu aux talons à l'âge de deux mois ; depuis lors les lésions se sont multipliées, apparaissant surtout à l'occasion de traumatismes.

On trouve quelques bulles dans la bouche, notamment aux lèvres et sur la langue où l'on ne peut pas les expliquer par le contact des dents. Sur les mains et les pieds, les genoux, les coudes, il apparaît constamment de grandes bulles à contenu clair, quelquefois hémorrhagique ou devenant secondairement purulent ; alors seulement les bulles sont douloureuses. Les cultures ont fait trouver le staphylocoque dans les bulles suppurées, mais rien dans les bulles claires et tout à fait récentes. Les bulles guérissent assez vite, laissant quelquefois une peau anormalement lisse et comme atrophique avec quelques kystes épidermiques. Les ongles des doigts et des orteils sont profondément altérés et difformes, plusieurs sont en voie d'élimination. La proportion des éosinophiles est très faible tant dans la sérosité des bulles que dans le sang.

L'examen microscopique montre que le clivage des bulles se produit à la partie inférieure de la couche filamenteuse et que celle-ci présente des lésions de dégénérescence cellulaire tout à fait analogues à celles décrites par Elliot. Les irritants chimiques produisent une plaque rouge, mais pas de bulles. W. D.

Épithéliales (Tumeurs).

Tumeurs épithéliales bénignes de la peau (Benign epithelial tumors of the skin), par B. M. Buxton. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1901, p. 161.

B. définit comme tissus épithéliaux tous ceux dont les cellules, quelle que soit leur origine, sont réunis sans substance intercellulaire formant des couches bien délimitées et sans que des vaisseaux pénètrent entre les cellules. Il y fait entrer non seulement les revêtements épidermiques, muqueux et glandulaires, mais encore les endothéliums vasculaires. En revanche, il élimine, sans qu'on sache trop pourquoi, les nævi et leurs formes de dégénérescence maligne.

Il passe ensuite très sommairement en revue : 1° les kératomes, contenant les cors et les cornes; 2° les acanthomes avec la verrue vulgaire, le condylome acuminé, le molluscum contagiosum, l'acanthome adénoïde cystique; 3° les syringadénomes; 4° les spiradénomes; 5° les stéatadénomes; 6° les endothéliomes. De bonnes photographies microscopiques accompagnent ce mémoire où les questions ne sont qu'effleurées. W. D.

Épithélioma cutané.

Traitement de l'épithélioma cutané par la résorcine et l'acide arsénieux (Sulla cura dell' epitelioma cutaneo con la resorcina e con l'anidride arseniosa), par Piccardi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 2, p. 228.

P. a traité une cinquantaine de cas d'épithéliomas cutanés par la résorcine en pommade, à dose graduellement croissante de 20 à 50 pour 100, et cinq cas par l'acide arsénieux (solution de Cerny-Trunecek modifiée par Mibelli : 1 gramme d'acide arsénieux pour 25 d'éther et 25 d'alcool). Il conclut que ces deux méthodes ont une action favorable sur la réparation des petits épithéliomas cutanés, qui sont remplacés, au bout d'un temps relativement court, par une cicatrice solide et régulière ; mais au-dessous de ces cicatrices, avec les deux méthodes, il persiste, ainsi que P. l'a constaté histologiquement dans deux cas, des traînées et des cordons épithéliaux dégénérés, parfois en prolifération active, qui tôt ou tard seront l'origine d'une récidive du néoplasme. La persistance de ces éléments tient à ce que les topiques en question agissent en produisant la nécrose des éléments épithéliomateux superficiels, auxquels se substitue du tissu conjonctif cicatriciel, permettant la reproduction de l'épithélium normal des bords, qui arrive à recouvrir la cicatrice, mais n'ont pas d'action sur les éléments profonds. Outre cette action caustique, commune aux deux substances, la résorcine exerce sur les bords de l'ulcère une action kératoplastique et réductrice, excite la prolifération de l'épithélium normal et favorise la transformation cornée des couches superficielles du corps de Malpighi. La guérison obtenue par ces procédés est simplement palliative, et leur emploi peut trouver des applications utiles dans les petits épithéliomas du visage, dans les tout premières périodes de leur développement, spécialement quand on veut éviter une cicatrice trop apparente et quand, pour quelque autre raison, on ne peut avoir recours à une opération. A égalité de conditions thérapeutiques, la pommade à la résorcine est préférable à la solution arsenicale parce qu'elle provoque une irritation moindre des tissus qui entourent la néoformation, qu'elle n'offre aucun danger d'empoisonnement et qu'elle a une action réductrice et kératoplastique. G. T.

Érythèmes.

Érythème scarlatiniforme desquamatif (Erythema scarlatiniforme desquamativum, par C. K. Millard. *Lancet*, 13 avril 1901, p. 1078.

Un homme âgé de trente ans est atteint depuis son enfance de poussées d'érythème qui surviennent irrégulièrement à peu près une fois par an. Les poussées débutent brusquement par une sensation de cuisson et un peu de malaise, puis l'érythème apparaît et se généralise aussitôt à tout le corps.

Dès le troisième jour la desquamation commence et s'étend beaucoup plus vite que dans la scarlatine ; elle dure trois semaines et se fait en grandes lames. Pas de troubles généraux, sauf un peu de fièvre le premier jour; urines normales ; aucune circonstance extérieure ne paraît jouer de rôle. W. D.

Présence du bacterium coli dans deux cas de dermatose varicelliforme infantile (Sulla presenza del bacterium coli in due casi di dermatosi varicelloide), par U. MANTEGAZZA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 2, p. 208.

M. rapporte deux observations de lésions varicelloïdes de la région périanale des organes génitaux et de la face interne des cuisses, chez des enfants (un garçon et une fille) atteints de diarrhée intense ; il considère ces deux cas comme analogues à ceux qui ont été décrits sous les noms de syphiloïdes, d'herpès phlycténoïde des nouveau-nés (Fournier), d'érythème papuleux vacciniforme des nouveau-nés (Besnier), de dermatite vacciniforme infantile (Hallopeau) et qui, pour lui, ne diffèrent pas des érythèmes papuleux pilaire post-érosifs de Jacquet. La culture du contenu des éléments ayant leur épiderme non rompu lui a donné en grande abondance du bacterium coli très virulent, et il attribue à ce microbe le développement de l'affection. G. T.

Érythrodermie.

Érythrodermie exfoliante (A case of erythroderma squamosum), par A. RAVOGLI. *Journal of the American medical Association*, 13 juillet 1901, p. 109.

Le malade est un garçon de trois ans, bien portant sauf l'éruption actuelle. Il est le plus jeune de sept enfants, qui tous ont eu une éruption analogue entre quatre et huit ans. La poussée actuelle est la troisième. Toute la peau, sauf celle des paumes et des plantes, est rouge et écailleuse Il n'y a pas de papules ou de suintement ; pas d'infiltration du derme ; pas d'altération de l'état général, pas de démangeaisons. L'examen cytologique du sang ne montre aucune anomalie. Après quelques applications d'huile de foie de morue, les squames disparurent, laissant la peau marbrée de macules rouges, arrondies. Ensuite on mit une pommade à la résorcine et à l'acide salicylique et on donna de la liqueur de Fowler. Guérison en quelques jours.

L'examen microscopique d'un morceau de peau excisé montre de la dilatation des vaisseaux qui sont entourés d'une gaine d'infiltration cellulaire. Pas de lésions de l'épiderme. W. D.

Folliculites.

Traitement de quelques affections folliculaires (On the treatment of certain deep seated or rebellious forms of diseases of the follicles), par E. B. BRONSON. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, oct. 1901, p. 470.

Dans l'acné indurée il faut non seulement évacuer le pus, mais encore modifier et désinfecter la cavité folliculaire. B. fait une pâte épaisse avec du salophène et une solution de tricrésol dans la glycérine et en garnit une

pointe effilée faite en taillant en pointe un cure-dents de plume, puis il introduit cette fine aiguille dans le follicule.

Dans l'acné hypertrophique les procédés de desquamation sont parmi les meilleurs.

B. recommande le gelanthum de Unna, additionné de 30 à 40 p. 100 de résorcine. Cela forme un vernis transparent qu'on applique tous les jours jusqu'à desquamation, ce qui a lieu au bout de trois ou quatre jours. Pendant un certain temps la peau est plus pâle et plus sèche.

Un moyen plus radical est l'électrolyse des glandes dilatées avec une aiguille mousse servant de pôle négatif. W. D.

Furonculose.

Levure de bière dans le traitement de la furonculose (Il lievito di birra nella cura della furuncolosi), par R. Panichi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 2 et 3, p. 222 et 369.

P. rapporte des observations de furonculose traitée par la levure de bière, ou plutôt la levure sèche de boulanger; dans tous les cas, dont deux appartenaient à la furonculose chronique, ce traitement a eu des résultats favorables et rapides.

P. a entrepris quelques recherches sur le mode d'action de la levure de bière. Il a constaté que l'addition de levure à des matières fécales diminue le nombre des colonies microbiennes qu'elles fournissent dans les boîtes de Petri; que les matières fécales des sujets soumis à ce traitement par la levure donnent moins de colonies que les matières des mêmes sujets avant l'administration de la levure; que la levure a une action particulièrement nette sur le staphylococcus aureus dont elle empêche à peu près complètement le développement dans les cultures; que l'administration de la levure aux animaux qui ont reçu des injections de culture du staphylocoque atténue les effets de ces injections, et même peut les empêcher complètement. G. T.

Grossesse (Dermatoses liées à la).

Herpes gestationis, par B. Jones. *British Journal of Dermatology*, août 1901, p. 308.

Femme de vingt-neuf ans; le lendemain de son premier accouchement est prise d'une éruption composée de papules, de vésicules et d'élevures urticariennes qui, débutant par le ventre, se généralise dès le lendemain à tout le corps en s'accompagnant d'un prurit violent. Sur les jambes les lésions avaient quelque tendance au groupement; sur les pieds surviennent quelques bulles. L'éruption guérit au bout de dix jours.

La grand'mère de la malade a eu une éruption analogue à chacune de ses cinq grossesses. W. D.

Herpétiforme (Dermatite).

Dermatite herpétiforme pustuleuse ? (Report of a unique case of dermatitis herpetiformis pustulosa, etc.), par W. P. Loth. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases,* août 1901, p. 353.

Un homme de vingt-sept ans est pris brusquement d'une éruption pus-

tuleuse avec prurit violent, et adénopathie généralisée. Comme le malade a eu un chancre deux mois avant, que les pustules ont plus tard fait place à des syphilides typiques, que l'examen microscopique a montré des lésions dermiques très accusées, il s'agit vraisemblablement d'un cas banal de syphilide pustuleuse secondaire prurigineuse. W. D.

Dermatite herpétiforme pustuleuse (A case of dermatitis herpetiformis illustrating an unusual pustular variety of the disease), par G. W. Wende et H. D. Pease. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1901, p. 171.

Un homme de vingt-cinq ans, forgeron, bien portant, est pris de frissons et de fièvre après quelques jours de travail dans un atelier où il était exposé au courant d'air d'un ventilateur.

L'éruption débute quelques jours après par les aisselles, puis se répand peu à peu sur tout le corps, ne respectant que la face, les mains et les pieds. Elle est formée exclusivement de pustules du volume moyen d'un pois qui se rompent en laissant une surface excoriée. Cette surface érythémateuse et suintante se couvre d'un épiderme squameux et s'entoure d'un cercle de petites pustules. L'éruption s'accroît par poussées successives accompagnées de frissons et de fièvre. Sensations accusées de cuisson et de prurit.

Accalmie au bout d'un mois, puis rechute sous l'influence de quelques verres d'eau-de-vie. Les éléments sont plus petits, toujours purulents, le prurit est plus vif; les poussées sont plus localisées et précédées par des frissons localisés dans la même région, sentis par le malade et accusés par la chair de poule. On peut même par un courant d'air froid provoquer le frisson et l'éruption localement.

Plusieurs rechutes sont ainsi occasionnées par des écarts de régime. Urines normales. Examen du sang : neutrophiles polynucléaires, 51 p. 100; lymphocytes, 30 p. 100; cellules de transition, 8 p. 100; éosinophiles, 11 p. 100. Le pus des pustules fournit par la culture des staphylocoques pyogènes blancs et jaunes; l'examen microscopique direct resta négatif.

Examen microscopique d'une pustule récente excisée : les pustules débutent au sommet d'une papille dans la partie profonde de la couche filamenteuse. Les cellules sont œdématiées, déchirées par l'exsudat, infiltrées de leucocytes. La pustule macroscopique est formée par la fusion de plusieurs pustules microscopiques. Le derme ne présente pas d'altérations notables.

Ce cas se rapproche de ceux de Liddell et de Hallopeau. W. D.

Impétigo.

Impétigo bulleux (Report of two cases of impetigo contagiosa bullosa ; one of them fatal), par J. Grindon. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1901, p. 188.

Les impétigos circiné et bulleux, qui paraissent rares en Europe et dans l'est des États-Unis, sont très fréquents à Saint-Louis. L'impétigo bulleux notamment est également commun chez les enfants et chez les adultes. Ceux-ci le prennent souvent en se faisant raser.

I. — Un ouvrier avait depuis quelque temps le cuir chevelu couvert de

croûtes suppurantes et fétides, quand il fut pris d'une éruption généralisée de bulles répandues sur tout le corps et surtout aux aisselles où tout l'épiderme était soulevé comme par une brûlure au second degré.

II. — Un enfant de trois jours après avoir été embrassé par son père, qui avait de l'impétigo contagieux de la barbe, présente quelques bulles sur la face et les avant-bras. Quatre jours après tout le corps est couvert d'une éruption confluente de bulles plus ou moins déchirées laissant une surface excoriée comme si l'enfant était échaudé ; l'état général semble assez bon ; le dixième jour, fièvre, convulsion et mort. Dans la même famille, outre le père et le nouveau-né, il y eut trois autres cas de la même maladie : un garçon de quatre ans, une fille de trois ans et la garde-malade. Le cas du garçon fut assez grave et finit par guérir avec des applications de poudre d'acide borique. W. D.

Bactériologie de l'impétigo bulleux (Impetigo contagiosa bullosa and its bacteriology), par M. F. Engman. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1901, p. 180.

L'impétigo est une maladie très commune et très variable. Elle varie suivant les pays, les climats et les saisons. On peut distinguer trois variétés principales : l'impétigo de Tilbury Fox, l'impétigo circiné de Unna et l'impétigo bulleux. En Europe on voit surtout le premier ; à New-York on voit le premier et le second. A Saint-Louis, l'impétigo bulleux est assez commun, notamment en été. Il est plus commun chez les enfants pauvres et mal tenus, mais on peut aussi le voir chez les adultes. Il apparaît souvent sous forme épidémique. L'éruption commence par une bulle qui s'accroît très rapidement au point que son apparition paraît soudaine et qui atteint un demi à trois pouces de diamètre. Le contenu, clair au début, ne tarde pas à louchir, mais chez les malades déprimés il reste quelquefois clair. Quand la bulle se rompt il reste une surface excoriée bordée de lambeaux flottants d'épiderme, qui se couvre d'une croûte mince. La lésion s'étend quelquefois consécutivement par un bord bulleux et serpigineux.

L'état général est habituellement peu altéré, mais quelquefois il y a de la fièvre et des phénomènes d'auto-intoxication. Dans les épidémies de famille la maladie conserve son même type ; il est fréquent de voir l'impétigo bulleux coïncider avec des écoulements du nez ou des oreilles ou des ophthalmies.

L'examen du sang ne montre rien d'anormal, notamment pas d'éosinophilie. Dans le contenu des bulles récentes on trouve des microcoques groupés par deux ou quatre ou formant des chaînes courtes de quatre à six grains. Au centre de certaines bulles, sous la voûte, on trouve un petit grumeau purulent où l'examen microscopique montre des leucocytes et un grand nombre de microcoques en amas ou en zooglées. Les éléments cellulaires de la bulle sont des leucocytes neutrophiles, de grands lymphocytes, surtout chez les enfants, très peu d'éosinophiles. Les leucocytes contiennent souvent beaucoup de cocci.

Les cultures ont fourni, sur huit cas, sept fois des cultures pures du staphylocoque doré, une fois du streptocoque et un bacille habitant normalement la peau. Trois inoculations de cultures sur des enfants : deux négatives, une fois une vésicule passagère. Une inoculation sur l'auteur a donné une bulle claire. W. D.

Impétigo herpétiforme chez l'homme (Impetigo herpetiformis beim Manne), par Gunsett. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 337.

Homme de 33 ans, dont la maladie a commencé il y a quatre semaines avec des frissons et une fièvre intense. Il survint en même temps de petites pustules sur la peau du dos, sur la langue et le voile du palais. Deux à trois jours après le début de la maladie des pustules semblables apparurent sur le scrotum, le prépuce et le gland. Ensuite l'affection s'étendit sur le visage, le thorax et les bras. Le malade est complètement aphone; alimentation très difficile ; état général très misérable. On prescrivit de la phénacétine ; elle n'eut presque aucune action et on la remplaça par de la quinine. L'état s'améliora lentement, les poussées se produisirent à de plus longs intervalles et finalement cessèrent. On prescrivit de l'acétate de sodium (12 grammes par jour). A la place des efflorescences il reste des pigmentations jaunes ; pas de traces de cicatrices.

On a réuni jusqu'à présent 28 cas de cette affection, dont 19 concernent des femmes enceintes ou des accouchées, 8 hommes et une femme non enceinte. Elle est constituée par de petites pustules miliaires superficielles, qui apparaissent pendant tout le cours de la maladie, sur tous les points, en la même forme et de la même manière, et sont constamment disposées en groupes et en amas. Ces mêmes efflorescences surviennent par poussées sur le bord d'un foyer ancien confluent, ou forment des croûtes ou encore se détachent en une ou plusieurs séries sur une base inflammatoire, tandis qu'au centre, immédiatement ou peu après la suppuration, la cicatrisation se fait et il n'y a jamais ni ulcérations ni cicatrices.

D'après G., il existe encore trois caractères qui sont aussi importants pour le diagnostic que les lésions de la peau, ce sont l'apparition des poussées avec frissons, l'évolution rémittente de la fièvre, le mauvais état général de la santé.

De l'étude des cas observés chez l'homme il résulte qu'on n'est plus autorisé à regarder l'impétigo herpétiforme comme une maladie de la grossesse. On peut tout au plus considérer cet état comme une condition favorable à son développement.

La mortalité de tous les cas publiés jusqu'à présent est d'environ 52,7 p. 100. Sur les 8 cas observés chez l'homme, 5 se sont terminés par la mort, soit une mortalité de 62,5 p. 100. A. Doyon.

Kératoses.

Parakeratosis variegata (On a case of parakeratosis variegata), par C. Fox et J. M. Macleod. *British medical Journal*, 21 sept. 1901, p. 805.

Un typographe de trente-six ans a remarqué depuis cinq ans et demi une plaque rouge et squameuse dans la région lombaire, indolente, mais se crevassant par les mouvements.

Peu de temps après, les paumes commencèrent à devenir dures et à se crevasser sous l'influence des mouvements. L'éruption envahit ensuite le dos des mains, les plantes et finalement se généralise, le malade se plaint d'être enfermé dans une gaine dure.

Tout le tronc est couvert d'une éruption rouge jaunâtre marbrée et des-

quamant en petites lamelles. Cette éruption forme un réseau dont les mailles plus pâles mesurent 2 ou 3 millimètres.

Les travées larges de 1 à 2 millimètres, quelquefois dissociées en papules, sont rouge terne, à peine saillantes, couvertes d'une fine desquamation pityriasique. Sur les bras l'état réticulé est plus grossier et moins net, la rougeur plus vive. Les paumes montrent une peau épaisse et dure, crevassée mais sans desquamation ; les ongles sont tout à fait normaux. La face est simplement un peu rouge ; le cuir chevelu est couvert de squames grasses. Les jambes présentent aussi un érythème maculeux et squameux, on y distingue des papules plus nettement qu'ailleurs. Il n'y a aucune altération de la santé générale. Pas de prurit ou de douleur.

Le traitement a consisté en pastilles de thyroïdine à l'intérieur et en onctions d'huile phéniquée à 1 pour 40 ou de vaseline. Sur les mains on mettait une pommade au glycérolé d'amidon et à l'oxyde de zinc. Le traitement n'a pas amené de changement bien notable et au bout de six mois l'éruption conservait exactement les mêmes caractères.

Une papule fut excisée sur la cuisse. L'examen microscopique montra la dilatation des capillaires superficiels du derme ; le corps papillaire est aplati et étalé par un œdème très marqué qui dissocie les fibres conjonctives et élastiques, lesquelles se colorent mal par les réactifs. Infiltration de lymphocytes, mais pas de cellules plasmatiques ou de mastzellen. L'épiderme est aminci, les cellules sont gonflées et dissociées par un œdème considérable ; les espaces périnucléaires sont dilatés et il y a une invasion de leucocytes entre les cellules et même dans les espaces périnucléaires.

Il n'y a pas de stratum lucidum ; la couche granuleuse est œdématiée et manque par places ; en ces points, mais là seulement, quelques cellules de la couche cornée ont conservé leurs noyaux. On ne peut donc pas dire que le nom de parakératose, donné à la maladie, soit justifié.

Les lésions histologiques sont assez spéciales, mais pas assez caractéristiques pour permettre un diagnostic absolu. En revanche, l'aspect clinique est très particulier et frappant à première vue. Ce cas est tout à fait analogue à ceux qui ont été publiés sous les noms de parakeratosis variegata (Unna, Santi et Politzer), d'exanthème psoriasiforme lichénoïde (Neisser) ; pityriasis lichénoïde chronique (Juliusberg), dermatite psoriasiforme nodulaire (Jadassohn) érythrodermie pityriasique en plaques disséminées (Brocq). Le nom de parakératose n'est pas absolument justifié et est trop compréhensif et les auteurs proposent celui de *Érythrodermie squameuse maculo-papuleuse persistante.*

Cette éruption constitue bien une maladie à part, caractérisée surtout par l'érythème réticulé avec desquamation farineuse, l'absence de phénomènes subjectifs ou de troubles généraux et sa persistance indéfinie. W. D.

Lichen.

Échanges organiques dans un cas de lichen plan (Ricerche sul ricambio materiale in un caso di lichen ruber planus), par F. Radaeli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 4, p. 416.

De nombreuses analyses des urines et des matières fécales et d'examens multiples du sang dans un cas de lichen plan observé chez un homme de

trente et un ans, R. déduit que la décomposition de l'albumine, qui tendait à s'exagérer pendant l'éruption avant le traitement arsenical, a été ralentie par les premières doses d'arsenic, puis exagérée lorsque le médicament a été donné à doses plus fortes.

Le rapport entre l'azote de l'urée et l'azote total, qui oscillait entre 89 et 94 p. 100, c'est-à-dire dans des limites normales avant le traitement arsenical, s'est abaissé légèrement (88, 86, 84 p. 100) au début du traitement arsenical, puis est redevenu normal, pour s'abaisser de nouveau.

L'acide urique se traduisait par des chiffres qui, pris au moins comme chiffres absolus, sont peu élevés; le taux de l'ammoniaque était plutôt bas.

Le chiffre de l'acide sulfurique total suivait parallèlement le chiffre de l'azote total.

La quantité des éthers sulfuriques éliminés avant le traitement arsenical était très élevée, environ double de l'état normal; pendant tout le traitement arsenical, il y a eu une forte diminution du soufre combiné.

L'acide phosphorique a été sensiblement au chiffre normal avant et pendant le traitement arsenical.

La proportion de l'azote absorbé à l'azote introduit a oscillé entre 88 et 85 p. 100, ce qui prouve que l'absorption intestinale n'était pas très active; le chiffre le plus bas a coïncidé avec l'usage des plus hautes doses d'arsenic.

Le sang n'a pas présenté d'altérations notables pendant l'éruption ; sous l'influence du traitement arsenical il y a eu une légère augmentation du nombre des globules rouges et un abaissement de la proportion centésimale des leucocytes polynucléaires au profit des lymphocytes; il n'y a jamais eu de leucocytose ni d'éosinophilie; l'isotonie, la densité et l'alcalinité du sang oscillaient dans des limites normales.

En résumé, le phénomène qui a paru le plus étroitement lié à la marche clinique de la dermatose a été le rapport entre l'azote de l'urée et l'azote total, la diminution de l'azote de l'urée marquant les périodes de résolution de l'éruption et cessant au moment d'une reprise de la dermatose. G. T.

Lichen plan annulaire. (Annular lichen planus; the report of a case of the ring-formed papule with its histopathology), par M. F. Engman. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1901, p. 209.

Dans une discussion récente à la Société dermatologique de Londres, les avis ont été partagés sur le mode de production des lésions annulaires dans le lichen plan. Presque tous reconnaissaient la production des cercles d'emblée par le groupement de papules; un petit nombre admettaient aussi la production de cercles par l'extension périphérique d'une papule avec régression centrale.

Un homme de soixante-six ans bien portant, et sans antécédents pathologique, a depuis sept mois des boutons rouges prurigineux qui se sont graduellement étendus et multipliés. L'éruption occupe le ventre, le bas du dos, les organes génitaux, les membres inférieurs et les avant-bras. Elle comporte: 1° Des papules planes typiques, quelques-unes ombiliquées, un peu moins dures que d'habitude; 2° des plaques ayant leurs caractères ordinaires mais n'arrivant guère à de grandes dimensions sans former des cercles; 3° des anneaux dont le diamètre varie de un huitième de pouce à un pouce un quart. Ils débutent par une papule qui prend un développement plus

rapide, s'ombilique et se transforme en un anneau dont le centre est déprimé, rougeâtre dans les petits, café au lait dans les plus grands et dont le bord est formé par un fin bourrelet brillant; 4° des grands cercles formés par l'extension périphérique des plaques; à centre rougeâtre pigmenté et squameux, à bordure rouge et saillante; 5° des grands cercles festonnés formés par la confluence des précédents; 6° des lésions écailleuses très particulières disposées en îlots ou en petits cercles. L'épiderme ridé et blanchâtre, laiteux, paraissait s'être affaissé après avoir été soulevé par une bulle; mais il n'y avait pas eu de bulle et sous cet épiderme il n'y avait pas trace de liquide. Il paraissait s'agir de lésions en résolution où l'épiderme n'avait pas pu suivre la régression des lésions dermiques.

L'examen microscopique des papules planes a montré les altérations ordinaires du lichen plan de la façon la plus typique. Infiltration très dense et très limitée de la couche papillaire, constituée principalement par des lymphocytes sans cellules plasmatiques, avec beaucoup de cellules conjonctives en prolifération; œdème très marqué de l'épiderme inter et intra-cellulaire; hyperkératose; épaississement des parois vasculaires; formation de cellules pigmentaires qui paraît être indépendante des vaisseaux: le pigment paraît naître dans les cellules conjonctives.

Dans les anneaux on trouve à la périphérie une zone d'infiltration dermique semblable à celle de la papule. Vers la partie centrale on passe sans transition dans une zone de régression. Les vaisseaux ont des parois homogènes et hyalines; les espaces lymphatiques sont dilatés; les cellules présentent des signes de dégénérescence; les fibres conjonctives sont homogènes et hyalines. Au centre, le derme tend à reprendre un aspect plus normal; les fibres conjonctives redeviennent fibrillaires et onduleuses, les cellules conjonctives s'orientent, il y a encore du pigment. En même temps l'épiderme œdématié reprend son aspect naturel. Ce sont à peu près les mêmes altérations qu'on trouve dans les grands cercles. Les follicules et glandes sébacées ne présentent que des altérations insignifiantes. Les glandes sudoripares montrent de l'épaississement de leur paroi propre, de la tuméfaction et de la dégénérescence des cellules glandulaires. L'orifice glandulaire est quelquefois obstrué par l'hyperkératose. W. D.

Traitement du lichen plan par le mercure (Mercury in the treatment of lichen planus; report of 17 cases; disease regarded as a syphilide), par T.-G. Lusk. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1901, p. 223.

L. a, en suivant une recommandation ancienne de Liveing, donné le sublimé à la dose à 6 à 7 milligrammes par jour dans le lichen plan. Sur ses dix-sept cas, deux seulement étaient sûrement syphilitiques; tous ont été rapidement améliorés ou guéris. L. en conclut que le lichen plan est une manifestation nerveuse de la syphilis héréditaire ou acquise. W. D.

Lichen scrofulosorum.

Un cas de lichen scrofulosorum (Sopra un caso di lichen scrophulosorum), par P. Colombini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 3, p. 306.

C. rapporte l'observation d'une femme de 25 ans, atteinte de lichen

scrofulosorum au cours d'une infection tuberculeuse (tuberculose pulmonaire, tuberculose des ganglions cervicaux avec fistules, tuberculose non ouverte des ganglions inguinaux et axillaires).

A l'examen microscopique, C. a constaté une infiltration diffuse de cellules rondes dans les couches superficielles du derme, spécialement autour des glandes pilo-sébacées et de leur collet, formant à celui-ci un manchon épais ; dans les papilles qui entourent l'orifice des follicules, on voit une infiltration cellulaire composée de leucocytes, de cellules plasmatiques, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes constituant des tubercules miliaires ; toutes les papules cutanées, isolées ou confluentes, ont l'aspect caractéristique des tubercules miliaires. La recherche du bacille de Koch dans les préparations a été constamment négative. L'inoculation aux animaux de papules lichénoïdes excisées, émulsionnées dans le bouillon ou l'eau stérilisée a été également négative ; mais C. a obtenu chez quatre cobayes, en leur inoculant dans le péritoine le produit de grattage de petites pustules miliaires, émulsionné dans du bouillon stérilisé, des lésions tuberculeuses du péritoine, de la rate, du foie et des ganglions mésentériques.

C. conclut que le lichen scrofulosorum est une tuberculose cutanée à laquelle conviendrait le nom de tuberculose lichénoïde folliculaire. G. T.

Maladie de Raynaud.

Maladie de Raynaud chez un aliéné (Raynaud's disease in the insane), par J. E. Courtney. *Journal of mental and nervous diseases*, mai 1900.

Observation de gangrène des extrémités chez une femme de soixante ans, atteinte de démence alcoolique. Malgré le titre de l'article, autant qu'on en peut juger par l'observation très sommaire, il s'agit bien de gangrène des extrémités, mais non pas du syndrome de Raynaud. W. D.

Médicamenteuses (Éruptions).

Des éruptions orthoformiques, par M. Dubreuilh. *La Presse médicale*, 18 mai 1901.

Deux cas d'ulcérations provoquées par des applications d'iodoforme, accompagnées de phénomènes fonctionnels qui ne se calment que par l'emploi de l'iodoforme, lequel provoque de nouvelles lésions ulcéreuses.

Dans le premier cas, femme de trente-huit ans, ayant eu un violent prurit anal, dont les crises n'étaient calmées que par l'application de poudre d'orthoforme ; production d'une ulcération périanale étendue, sèche, finement grenue, donnant l'aspect d'une gangrène limitée de la peau, à bords nets, irrégulièrement polycycliques, accompagnée d'une violente sensation de brûlure que les incessantes applications d'orthoforme arrivent seules à calmer.

Dans le deuxième cas, femme de trente ans, ayant eu sur les mains une éruption de pustules blanches suivies d'ulcérations, pour lesquelles on ordonne une pommade renfermant 10 p. 100 d'orthoforme ; au bout de quelques jours, dermite diffuse des mains et des avant-bras, application de poudre composée de dermatol et de salol provoquant des douleurs violentes ; pour les calmer, on revient à la pommade à l'orthoforme.

Il y a alors, aux faces dorsales et latérales de tous les doigts, qui sont enveloppés d'une couche épaisse d'épiderme corné brun noirâtre et desquamant en larges lambeaux, trois ou quatre ulcérations arrondies ou ovalaires, de 5 à 15 millimètres de diamètre, nettement entaillées, à bords ni saillants ni décollés, à fond gris noirâtre tapissé d'une matière qui semble être du tissu dermique mortifié; ces ulcérations sont indolentes à la palpation, mais sont parfois le siège de douleurs spontanées extrêmement violentes, surtout quand les mains sont exposées à l'air, et qui ne sont calmées que par la pommade à l'orthoforme. Après une tentative infructueuse de suppression de la pommade, on obtient la guérison en quelques jours par cette suppression, un pansement simple et un badigeonnage au nitrate d'argent. G. T.

Microsporie.

Sur une teigne tondante produite par le microsporon Audouini, variété équine (Di una specie di tigne de microsporon Audouini, var. equi, forma Oospora Bodin), par Bosellini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 3, p. 324.

B. rapporte 3 cas, observés à Bologne dans l'espace de quinze jours, de teigne tondante du cuir chevelu produite par la variété équine du microsporon Audouini, que Bodin a décrite; dans les 3 cas, l'affection se traduisait par un petit nombre de taches nummulaires, de forme plus ou moins régulière, blanches, lisses, très légèrement squameuses à leur périphérie, çà et là un peu érythémateuses et présentant quelques rares poils sectionnés à 2 ou 3 millimètres de l'orifice folliculaire ; les poils, faciles à extirper à la pince, étaient tuméfiés dans leur partie profonde et remplis par de très petites spores légères et ovales, pressées les unes contre les autres. B. décrit en détail les cultures et les caractères mycologiques du champignon obtenu par la culture; sa description vient à l'appui de celle de Bodin. G. T.

Neurofibromatose.

Neurofibromatose généralisée avec faux névrome du pneumogastrique (Case of generalized neurofibromatosis with false neuroma of the vagus nerve), par Moynihan. *Lancet*, 5 janvier 1901, p. 28.

Homme de trente-sept ans, couvert d'une multitude de tumeurs fibreuses molles du volume d'une tête d'épingle à une noix, et de taches café au lait. Son père et deux frères étaient également couverts de tumeurs et de taches analogues. Il y a six semaines il a remarqué une tumeur plus profonde dans le côté gauche du cou et il a commencé à avoir des crises de toux et de suffocation survenant surtout lorsqu'il avait le cou serré et qui sont devenues très violentes. On trouve dans la région carotidienne gauche et recouverte en partie par le sterno-mastoïdien, une tumeur allongée de trois pouces de long, mobile transversalement, bien limitée, non pulsatile et dont la pression cause une grande gêne respiratoire.

A l'opération on trouve une tumeur de 7 cent. 1/2 de long et de 5 centimètres d'épaisseur, fusiforme, noueuse, mobile dans les tissus, prolongée en haut et en bas par un cordon blanc qui est évidemment le pneumogas-

trique. Après l'excision il n'y eut plus de troubles du pouls ou de la respiration, seulement quelques douleurs épigastriques. Les accès de toux et de suffocation ont disparu.

L'examen anatomique montre que la tumeur s'est développée dans les gaines du nerf qui, dissocié et aplati, longe une de ses faces. Le nerf présente de la névrite scléreuse. La tumeur est un sarcome formé de cellules fusiformes très tassées disposées en tourbillons avec des vaisseaux à parois minces ou nulles.

Il fait remarquer que le pneumogastrique a pu être réséqué sans amener aucun trouble circulatoire. W. D.

Parasites animaux.

Ornithodorus Megnini dans l'oreille (Case of a parasite, Argas or Ornithodorus Megnini in each ear.), par Simpson and Wheeler. *Lancet*, 27 avril 1901, p. 1197.

Un homme, qui avait passé le mois de juin à camper dans l'Arizona, commença à sentir vers la même époque des sensations de raclement dans l'oreille gauche. Deux mois plus tard, le 25 août, il lui sortit de l'oreille droite un parasite vivant ressemblant à un argas. L'oreille gauche était remplie de cérumen, une injection en fit sortir un bouchon cérumineux et on put y voir un autre parasite analogue mais plus petit. Il n'y avait pas de lésion apparente de l'une ou l'autre oreille. Le deuxième parasite fut tué par le chloroforme et expulsé par une injection.

Le plus grand mesurait quatre à cinq millimètres et avait la forme et l'aspect d'un grain de café. Ce parasite a été déterminé par Neumann (de Toulouse) comme une nymphe de Ornithodorus Megnini, genre de la famille des ixodidés et voisin des argas. Il est à remarquer que l'exemplaire possédé par Neumann provenait du Mexique, ce qui rend vraisemblable que le malade actuel l'avait pris en Arizona.

S. et W. ont observé sur leurs exemplaires un organe stigmatique non encore décrit et situé de chaque côté au-dessus de la quatrième paire de pattes. C'est un mamelon dirigé en arrière, perforé au sommet d'un orifice d'où fait saillie par intermittences et avec une grande vivacité un organe allongé terminé par trois soies. Cette particularité justifie peut-être la création d'un genre nouveau. W. D.

Pemphigus.

Pemphigus aigu des nouveau-nés (Case of pemphigus neonatorum in an infant 3 days old), par V. J. Hodgson. *Lancet*, 30 mars 1901, p. 928.

Un enfant né à terme est atteint le troisième jour de bulles du volume d'un œuf de pigeon sur les deux paupières; elles étaient transparentes et entourées d'un fin liséré rouge ; pas d'œdème. Le lendemain, une grande bulle sur le ventre et les jours suivants d'autres bulles apparaissent un peu partout. Ce n'est qu'au bout de dix jours qu'il y eut de l'agitation et des selles fétides. Guérison complète en trois semaines. W. D.

Pemphigus végétant, par M. Dubreuilh. *Festschrift zu Ehren von M. Kaposi,* 1900.

Homme de quarante-huit ans, ancien syphilitique, ayant depuis un an

des poussées répétées de « boutons blancs » sur la langue qui guérissent en trois ou quatre jours ; depuis un mois, les lésions ont envahi toute la bouche et les lèvres, rendant l'alimentation presque impossible et sur la peau, notamment la partie antérieure du cou, les aisselles et la région génito-crurale, sont apparues des bulles du volume d'un haricot à celui d'un œuf de pigeon, dont la rupture laisse une surface excoriée qui devient aussitôt saillante et végétante. Il se constitue ainsi de larges plaques végétantes et papillomateuses, de consistance un peu molle et pâteuse, sécrétant en abondance une sérosité fétide, bordées par une zone d'érosion rouge et suintante et par une bordure continue d'épiderme décollé et macéré, occupant la partie antérieure du cou, les régions sus et sous-claviculaires, les aisselles, les plis génito-cruraux, des plaques plus petites occupant le cou; des poussées bulleuses peu abondantes mais très répétées se produisent sur les différentes parties du corps, de sorte que, un peu partout, mais surtout au voisinage des grands placards précédents, on voit des bulles allant jusqu'à la largeur d'un œuf de pigeon, suivies d'excoriations et de plaques végétantes en forme de macarons larges de 1 à 5 centimètres. Examen du sang : éosinophiles 42 p. 100, leucocytes 44 p. 100, lymphocytes 14 p. 100. A la suite de l'application de poudre de talc, de sabine et d'acide salicylique, les végétations se dessèchent et diminuent de volume et finissent par disparaître au niveau des grands placards; les poussées bulleuses n'en continuent pas moins à se produire, laissant après elles de larges surfaces suintantes qui occupent toutes les régions et arrivent à recouvrir les 2/3 des téguments, tandis que sur le 1/3 restant l'épiderme s'enlève avec la plus grande facilité ; l'état général reste longtemps bon, mais il finit par faiblir, fièvre, œdème des jambes, faiblesse générale, diarrhée trois semaines avant la mort qui survient treize mois environ après le début.

D. distingue le pemphigus végétant de la dermatite pustuleuse de Hallopeau et des formes végétantes de la maladie de Duhring et croit qu'il est très voisin du pemphigus bulleux chronique, tout en constituant un type bien distinct. G. T.

Pian.

Histologie pathologique du pian (Contribution to the histo-pathologique of yaws), par J. M. H. Macleod. *British medical Journal*, 21 sept. 1901, p. 797.

La maladie dénommée yaws, pian, frambœsia, parangi, etc. suivant les pays, a été depuis quelques années l'objet de nombreux travaux et de nombreuses controverses. Dans les pays d'origine, Ceylan, Java, Antilles, la maladie est évidemment souvent confondue avec la syphilis et l'on n'a jamais observé en Europe un cas de pian importé des tropiques. M. s'est fait envoyer de Ceylan une série de pièces de pian choisies sur les malades les plus typiques, et en a fait une étude très minutieuse.

La lésion du pian débute par une macule squameuse, qui forme ensuite une papule puis un tubercule frambœsiforme.

Dans le premier stade les vaisseaux papillaires et sous-papillaires sont dilatés et flexueux, entourés d'une infiltration leucocytaire, çà et là sont des amas de cellules plasmatiques.

L'épiderme est proliferé et épaissi, la couche cornée présente une kératinisation imparfaite et la couche profonde envoie dans le derme des bourgeonnements interpapillaires allongés.

Dans la papule les cellules plasmatiques augmentent d'abondance et font de la lésion un véritable plasmome.

Quand la lésion spécifique du pian atteint son complet développement, elle forme un tubercule saillant surmonté d'une croûte offrant une structure papillaire analogue à celles des condylomes plats et saignant très facilement. Le tubercule est essentiellement formé d'une infiltration compacte et diffuse de cellules plasmatiques qui dissocie les fibres élastiques et conjonctives et les fait peu à peu disparaître. Les vaisseaux sanguins sont bien conservés et ne présentent pas de prolifération de leurs parois; il n'y a pas de cellules fusiformes et de fibres conjonctives ou élastiques de nouvelle formation; on en trouverait peut-être davantage dans des lésions en voie de régression.

L'épiderme prolifère énergiquement dans la profondeur, envoyant des prolongements profonds séparés par de longues papilles où les vaisseaux arrivent presque au contact de l'épiderme. L'épiderme est infiltré de leucocytes; il est en voie de prolifération active; il est surmonté d'une couche cornée épaisse à kératinisation imparfaite et entrecoupé de lacunes remplies de leucocytes. Il n'a pas été possible d'y trouver aucun microbe spécifique.

Le pian est donc un granulome infectieux. Il est facile à distinguer du léprome par l'absence des bacilles lépreux et du tuberculome par l'absence de cellules géantes, de groupement nodulaire des lésions, par la persistance des vaisseaux sanguins. Le mycosis fongoïde s'en distingue plus difficilement par la dégénérescence et la fragmentation rapide des cellules et des fibres conjonctives. La syphilome enfin ressemble beaucoup au pian et il est des cas où la distinction est presque impossible en l'absence des renseignements cliniques. L'infiltration plasmatique du pian est plus diffuse. On n'y trouve pas trace d'un processus parallèle de sclérose comme il en est d'habitude dans la syphilis. Les altérations vasculaires de la syphilis ne se trouvent pas dans le pian. De toutes les lésions syphilitiques le condylome présente seul des altérations épithéliales comparables à celles du pian. W. D.

Pigmentation progressive.

Éruption pigmentaire progressive (A peculiar progressive pigmentary disease of the skin), par J. Schamberg. *British Journal of Dermat.*, janvier 1901, p. 1.

Un garçon de quinze ans, très robuste, a remarqué depuis quatre ans des macules rouges sur la partie antérieure des jambes. Peu à peu ces macules se sont étendues envahissant la plus grande partie des jambes, et des taches pareilles ont apparu aux deux poignets.

Les macules des jambes présentent une teinte de terre de Sienne brûlée sans saillie ni infiltration. La partie moyenne de la jambe, là où l'éruption a débuté, est plus pâle. A la périphérie, la macule s'égrène en petits points rougeâtres ou rouges, gros comme des têtes d'épingle, sans saillie, ressemblant à des grains de poivre de Cayenne, mais plus bruns. Ces points ont

un aspect angiomateux; c'est leur confluence qui forme graduellement la plaque. Cet accroissement se fait très lentement. Il n'y a ni prurit ni aucun symptôme subjectif.

L'examen microscopique a porté sur un petit élément isolé, du volume d'une tête d'épingle, pris sur les limites de la lésion de la jambe. L'épiderme ne présente pas d'autre altération qu'une infiltration de cellules migratrices, dans la couche épineuse. Dans la partie superficielle du derme se trouve un foyer d'infiltration composé de lymphocytes et de leucocytes, centré par un conduit sudoripare, se dissociant à la périphérie sous forme de traînées qui entourent les vaisseaux sanguins et lymphatiques très dilatés. On ne trouve pas de pigment, peut-être parce que la lésion examinée est très récente.

Cette affection se rapproche, à certains points de vue, de l'angiome serpigineux de Hutchinson; mais les phénomènes inflammatoires y sont plus accusés. Les altérations se développent autour d'un conduit sudoripare qui est dilaté et obstrué; mais il n'est pas possible d'affirmer que ce conduit constitue le point de départ de la maladie. W. D.

Professionnelles (Dermatoses).

Ulcères professionnels des mains chez les polisseurs (Multiple ulcers of hands due to occupation), par A. Hall. *British Journal of Dermatology*, juin 1901, p. 209.

H. a observé quelques cas d'une dermite professionnelle assez rare chez des polisseurs d'objets argentés par électrolyse. Les objets sont polis sur une petite meule avec une poudre de chaux vive additionnée d'une très faible quantité d'huile; ils ont les mains constamment plongées dans cette poudre qui est très adhérente. Outre un peu de dermite diffuse, il en résulte des ulcérations siégeant sur les articulations phalangiennes et dans les espaces interdigitaux, ulcérations arrondies, à bords minces, constamment tapissées d'un enduit de chaux très adhérent. Elles sont dues à ce que la poudre de chaux se fixe sur les moindres fissures et à la faveur du suintement liquide exerce une action caustique lente et continue. La plupart des ouvriers supportent ce travail sans inconvénient. Le traitement consiste à protéger les ulcérations par un pansement au collodion et elles guérissent très vite quand la chaux ne les atteint pas. W. D.

Psoriasis.

Dermatoses squameuses anomales (Dermatosi squamose anomale), par Casoli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 5, p. 538.

Ce mémoire forme la première des études que C. se propose d'entreprendre sur les formes anomales des dermatoses squameuses.

Il est consacré aux formes anomales du psoriasis et aux dermatoses psoriasiformes.

C. les divise en : 1° psoriasis anormaux par leurs caractères morphologiques, comprenant les psoriasis eczématoïdes qu'il se refuse à englober dans l'eczéma quoiqu'il considère comme très loin d'être résolue la question des rapports entre les lésions psoriasiques et les lésions eczémateuses; les

psoriasis pityriasiformes, comprenant le pityriasis rubra consécutif au psoriasis ; le psoriasis verruqueux ; les psoriasis lichénoïdes, le psoriasis papillaire fongoïde; le psoriasis rupioïde ; 2° psoriasis anormaux par leur distribution, comprenant le psoriasis inverti, le psoriasis circonscrit, le psoriasis des muqueuses qui réclame de nouvelles observations ; 3° psoriasis anormaux par leur origine, comprenant le psoriasis traumatique, le psoriasis post-vaccinal et le psoriasis neurotique. G. T.

Note clinique sur les causes qui peuvent déterminer les formes humides du psoriasis (Nota clinica sulle cause che possono determinare le forme umide nella psoriasi), par Benassi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 4, p. 427.

Les causes qui transforment le psoriasis, dermatose sèche par excellence, en une dermatose humide, sont les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

Les causes prédisposantes sont les troubles généraux de la nutrition : faiblesse générale, lymphatisme, scrofule, anémie, chlorose, l'irritabilité du système nerveux, particulièrement chez les arthritiques nerveux, l'état séborrhéique, le jeune âge, le siège des lésions dans les plis articulaires et les régions humides ou exposées au contact des liquides normaux ou pathologiques.

Le psoriasis rupioïde s'observe surtout chez les sujets cachectiques et mal nourris, atteints depuis longtemps de psoriasis. La longue durée de cette dermatose expose au développement de la dermatose cachectique ou herpétide maligne de Bazin.

L'intervention d'autres maladies, et spécialement de la tuberculose, favorise aussi la production de lésions humides.

Il en est de même des auto-intoxications qui provoquent une irritation de l'épiderme et plus exactement du corps papillaire, de l'alcoolisme comme dans deux cas rapportés par B., lequel agit par les troubles circulatoires dont il est l'origine et dont l'action peut être rapprochée de celle des varices et de celle de la grossesse sur les lésions psoriasiques des parois abdominales.

Les altérations et les maladies du système nerveux favorisent également la transformation humide du psoriasis, de même que ses troubles fonctionnels. B. rapporte un cas de psoriasis rupioïde chez une femme de santé plutôt médiocre dont l'état névropathique lui paraît avoir favorisé la transformation de sa dermatose.

Il faut encore mentionner les troubles génitaux, dysménorrhée, aménorrhée, ménopause, grossesse, maladies utérines.

Quant aux causes déterminantes, il faut y ranger l'action de nombreux médicaments internes ou externes, qui agissent sur les psoriasis irritables avec une grande facilité, et il faut citer à ce sujet à peu près tous les médicaments employés contre le psoriasis.

La présence de parasites est la cause déterminante principale de la transformation humide du psoriasis. L'infection est plus facile lorsque le psoriasis date de longtemps, elle se produit à la suite de grattages, d'application de médicaments, etc. G. T.

Purpura

Purpura dans la tuberculose miliaire aiguë (Notes on a case of purpura hæmorrhagica associated with general tuberculosis), par E. Pratt. *British medical Journal*, 28 sept. 1901, p. 865.

Un marin de vingt-cinq ans entre à l'hôpital avec de la faiblesse générale, de la fièvre et quelques râles disséminés dans les poumons.

Au bout de quelque temps apparaissent des hématuries, des épistaxis, des hémorrhagies intestinales, puis une éruption de purpura qui s'étend graduellement; la fièvre persiste, les ganglions parotidiens se tuméfient et suppurent et le malade meurt sept semaines après l'apparition du purpura. L'autopsie montre une tuberculose miliaire généralisée. W. D.

Rhinosclérome.

Rhinosclérome, par Jancky. *Medical News*, 16 mars 1901, p. 420.

Femme de trente-deux ans, née en Russie; parents morts jeunes; mariée depuis quatorze ans; six enfants vivants ; pas de fausse couche. Début depuis quatre ans par un peu de dysphagie puis de la dyspnée. Rhinite atrophique avec gonflement de la muqueuse; bandes cicatricielles du palais aux gencives; tumeur pédiculée grosse comme une noix, appendue au pilier postérieur droit que l'examen microscopique montre être formée de tissu amygdalien; l'épiglotte est atrophiée et pliée longitudinalement; brides cicatricielles sur les parois latérales du pharynx; rétrécissement du larynx. [Il n'est pas suffisamment prouvé qu'il s'agisse de rhinosclérome et non de syphilis.] W. D.

Sarcomes cutanés.

Sarcome pigmentaire multiple (Case of idiopathic multiple pigment sarcoma), par J.-H. Sequeira. *British Journal of Dermatology*, juin 1901, p. 201.

Homme de soixante-cinq ans, bien constitué, ayant eu plusieurs attaques de goutte. Les lésions ont commencé il y a cinq ans par une teinte violacée de la malléole interne droite qui s'est étendue à toute la jambe; peu après, la main gauche a présenté du gonflement et la même teinte foncée, puis quelques élevures papuleuses. Actuellement la main gauche présente une teinte violacée; la peau est épaissie et indurée au point de gêner les mouvements des doigts, elle est semée de petites élevures plates de la grandeur d'une tête d'épingle à un pois; sur la face dorsale de la main sont deux tumeurs plus saillantes, molles, rouges, vasculaires, saignant facilement; pas de ganglions. La jambe droite est enflée depuis le pied inclus jusqu'au-dessus du genou; la peau a une teinte d'un brun violacé, elle est épaissie et forme un godet par une pression prolongée; la couleur aussi pâlit un peu à la pression. On y trouve aussi de petites élevures arrondies. La jambe gauche présente quelques macules brunâtres à sa partie supérieure.

Deux fragments ont été excisés et fixés par l'alcool. L'épiderme est normal ou un peu aminci; au-dessous se trouve un tissu formé de petites cellules arrondies ou ovales, à noyau modérément coloré, à protoplasma rare, séparées par une substance intercellulaire homogène parfois assez abondante. Les vaisseaux sanguins sont munis d'un endothélium bien développé. En

plusieurs points, les cellules présentent des signes très nets de dégénérescence. On y trouve assez abondamment un pigment jaune brun en grains libres ou renfermés dans des cellules rameuses. Ce sont les caractères d'un tissu inflammatoire plutôt que d'un sarcome.

Passant en revue les cas publiés de sarcome pigmentaire multiples, S. remarque qu'il y a des cas aboutissant en quelques années à la mort avec cachexie et généralisation viscérale, d'autres qui durent dix ou quinze ans sans altérer la santé. Il croit que sous le même nom sont confondus deux catégories de faits. W. D.

Sclérodermie.

Histologie de la sclérodermie circonscrite (Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta), par Zarubin. *Archiv f. Dermatologie u. Zyphilis*, 1901, t. L V, p. 49.

Z. rapporte un cas de sclérodermie circonscrite qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de Jadassohn. Il s'agit d'un homme d'ailleurs bien portant, atteint d'une affection de la peau dont le début remonte à trois ans. Elle est survenue sans cause appréciable, sous forme d'une petite plaque sur le côté droit du thorax et s'est étendue peu à peu, de sorte que, à présent, elle occupe presque toute la surface cutanée. Cette affection est caractérisée par des plaques allant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille et même plus larges, irrégulièrement arrondies ou par des traînées étroites, situées tout à fait au niveau de la peau, d'un éclat blanchâtre, ou jaunâtre, plus ou moins entourées d'un liséré très légèrement rouge ou bleu rougeâtre, lilac ring.

La sensibilité de la peau des efflorescences est tout à fait normale. La muqueuse buccale et les ganglions sont indemnes.

Ce qu'il y a de frappant, c'est l'état superficiel du processus en somme très bénin ; il faut noter aussi sa tendance à la guérison spontanée avec un minimum d'atrophie. On sait qu'Unna a divisé la sclérodermie circonscrite en trois formes principales : les morphées, la sclérodermie en bandes et la sclérodermie kéloïdiforme. Dans le cas actuel, l'ensemble du tableau morbide rappelle surtout la seconde variété, mais on y retrouve aussi les caractères des différentes formes plus ou moins mélangées.

De l'examen microscopique de deux fragments de peau il résulte, selon Z., qu'on a affaire, dans ce cas, à un processus présentant les caractères d'une inflammation chronique, et déterminant une dégénérescence particulière du tissu conjonctif, voire même une oblitération des plus petits vaisseaux. Z. ne saurait dire dans quelle mesure ce processus contribue à la disparition complète du tissu élastique. A. Doyon.

Télangiectasies.

Un nouveau cas de télangiectasies acquises généralisées, par L. Lévi et L. Delherm. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 6 janvier 1901.

Femme de trente-trois ans, atteinte de néphrite interstitielle qui paraît avoir précédé des lésions cutanées : celles-ci ont débuté il y a trois ans par

trois éléments situés au niveau de l'avant-bras gauche, du genou et du pied; depuis lors, il s'est produit des poussées affectant chacune des localisations différentes et limitées. Les taches, au nombre de trente-cinq, sont disséminées sans disposition régulière au niveau des membres inférieurs, des fesses, de l'abdomen, du membre supérieur gauche; elles ne font pas de saillie, sont ovalaires, arrondies ou triangulaires, leurs dimensions varient entre 1 à 2 millimètres et plusieurs centimètres; leur coloration est variable, rouge, violette ou beaucoup plus sombre, quelques-unes même tendent à devenir brunâtres ; à leur centre on voit, en général, un fin chevelu de vaisseaux capillaires; pas de cicatrices au niveau des plaques; la pression du doigt les efface complètement; le froid, le chaud, la compression à la racine du membre ne les modifient pas; pas de démangeaisons, pas de troubtes de la sensibilité.

L. et D. passent en revue sommairement les observations de télangiectasies publiées par divers auteurs, montrent qu'elles ne peuvent être rapportées à une condition étiologique constante, névropathique, mécanique ou toxique et croient que dans ce cas il faut les attribuer à la toxhémie rénale. G. T.

Thérapeutique dermatologique.

Pansements à l'argile (Clay dressings in skin diseases), par F. Wallis. *American Journal of Dermatology*, mai 1901, p. 102.

Dans les maladies inflammatoires de la peau, eczéma, dermatites, érysipèle, furoncles, ulcères, etc., W. recommande un pansement à l'argile. Il emploie un mélange de kaolin, 30 grammes; carbonate de magnésie, 10 grammes; carbonate de chaux, 50 grammes; talc, 10 grammes. On y ajoute suffisamment d'eau pour faire une pâte dont on applique une couche de un quart de pouce d'épaisseur, puis plusieurs couches de tarlatane, et un bandage de tarlatane.

Le pansement reste en place deux jours, mais doit être tenu humide en l'enveloppant plusieurs fois par jour avec une serviette mouillée. Les lésions se cicatrisent et s'épidermisent très rapidement. On peut ajouter divers médicaments à l'argile et notamment la glycérine qui l'empêche de se dessécher. W. D.

Les rayons de Röntgen dans le traitement des maladies de la peau (Röntgen rays in the skin), par W. A. Pusey. *Journal of the American medical Association*, 28 septembre 1901, p. 820.

P. rapporte deux cas d'hypertrichose guéris définitivement par les rayons de Röntgen. Dans le premier cas, une jeune fille de vingt-deux ans, avec une hypertrichose abondante de la lèvre supérieure et du menton, a subi 85 séances. La seconde patiente a subi 67 séances.

Il n'y a pas eu d'autres phénomènes accessoires qu'un peu d'érythème et de pigmentation.

Trois cas de lupus vulgaire ont été traités et deux ont été guéris avec des cicatrices souples et à peine visibles.

Enfin un cas de carcinome très étendu et superficiel de l'épaule a été complètement guéri. W. D.

Vaccination (Dermatoses consécutives à la).

Lupus vaccinal (Vaccinal lupus), par T. G. Little. *British Journal of Dermatology*, mars 1901, p. 81.

La question de la transmission de la tuberculose par la vaccination a été fort étudiée et la plupart des expérimentateurs l'ont résolue par la négative ; seul Toussaint, en 1881, rapporte des résultats positifs.

Cependant il existe un certain nombre d'observations de lupus succédant in situ à la vaccine.

L. rapporte quatre observations nouvelles dont trois communiquées par Colcott Fox.

I. — Une fillette, née en décembre 1891, est vaccinée en avril 1892 avec du vaccin de génisse glycériné frais. Des quatre inoculations, deux on évolué normalement, les deux autres ne se sont jamais cicatrisées, ont persisté à l'état d'ulcères suppurants et ne se sont épidermisées qu'au bout de plusieurs années. En 1900, on trouvait sur le bras une plaque de lupus tuberculeux typique, mesurant deux pouces de large avec des nodules isolés sur le bord. Quelques ganglions dans l'aisselle ; pas de signes de tuberculose pulmonaire. Excision du lupus. Le diagnostic a été confirmé par l'inoculation au cobaye et par l'examen microscopique.

Un frère aîné de la malade est mort de tuberculose pulmonaire, quand elle avait dix-huit mois. Un autre plus jeune est mort en 1900 de mastoïdite suppurée. Pas de tuberculose chez les parents.

II. — Une fillette née de parents sains présente peu après la guérison de la vaccine un placard de lupus sur une des cicatrices ; au bout de quelques mois surviennent des gommes tuberculeuses du cuir chevelu, des membres, des adénopathies, des lésions osseuses et finalement une méningite.

III. — Garçon de quinze mois, vacciné à trois mois. Une des inoculations ne guérit pas et persiste comme une plaque de lupus. Plus tard surviennent des gommes tuberculeuses sur les membres inférieurs; elles sont curettées et guéries. Père et mère sains, mais plusieurs tantes phtisiques.

IV. — Garçon de un an, abcès froids en plusieurs points ; plaque de lupus sur deux des cicatrices vaccinales ; le lupus est apparu à la suite des boutons de vaccine qui n'ont jamais cicatrisé. La vaccine provenait d'un enfant sain ; d'autres enfants vaccinés en même temps que cet enfant n'ont rien eu. W. D.

Dermatites bulleuses post-vaccinales (Six cases of bullous dermatitis following vaccination and resembling dermatitis herpetiformis), par J. T. Bowen. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, sep. 1901, p. 401.

B. donne 6 observations très complètes, toutes très analogues, recueillies à Boston de 1895 à 1900. Les malades sont des enfants de cinq à dix ans, appartenant généralement aux classes pauvres. L'éruption est apparue deux à trois semaines après la vaccination faite avec du vaccin de génisse et qui, sur d'autres enfants, n'a donné lieu à aucun accident ; la vaccine elle-même a évolué normalement. L'éruption, plus ou moins étendue, prédomine au pourtour de la bouche et du nez, sur les avant-bras, face dorsale des mains, jambes, face dorsale des pieds ; elle est formée de vésicules et de bulles quelquefois assez grandes siégeant sur la peau saine ou sur des

plaques érythémateuses infiltrées. Dans un cas elle laissait à sa suite un état papillomateux. Le prurit est nul ou très modéré ; l'état général conservé. La maladie a duré quelques mois ou quelques années, procédant par poussées éruptives irrégulières, d'aspect très uniforme, avec des rémissions toujours incomplètes. Les cultures faites avec les bulles récentes sont restées stériles ; l'examen du sang et du contenu des bulles a montré une éosinophilie très accusée. L'examen microscopique d'une vésicule a montré que celle-ci est formée dans la partie profonde de la couche filamenteuse. La voûte est formée par la couche cornée, le plancher par le derme très congestionné, œdématié et infiltré ; la cavité est remplie par un réseau de débris épithéliaux, de fibrine et de cellules immigrées, surtout des éosinophiles.

Cette éruption se rapproche évidemment de la dermatose de Duhring par les lésions vésiculo-bulleuses, par l'évolution en foyers et par poussées successives ; mais elle s'en écarte d'autre part par l'uniformité de l'éruption et l'absence du prurit, de sorte qu'on ne peut pas l'y rattacher sans plus ample informé. W. D.

Varicelle.

Varicelle intra-utérine (An apparent case of varicella in utero), par J. Grindon. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1901, p. 237.

Une femme est atteinte de varicelle avec toute sa famille. Dix jours après la disparition de ses vésicules, elle accouche à terme d'un enfant bien constitué qui présente sur la face, le bras gauche, le dos et les fesses cinq lésions constituées par une aire desquamée de deux centimètres au centre de laquelle est un point sombre, nettement nécrotique dans la lésion du bras, avec une petite induration en plaque sous-jacente. Pas de syphilis. G. admet qu'il s'agit probablement de varicelle. W. D.

Verrues.

Condylomes acuminés de la langue (Condylomata acuminata linguæ, venereal warts of the tongue), par M. L. Heidingsfeld. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1901, p. 226.

Femme de vingt-quatre ans, prostituée, présente des accidents syphilitiques et des végétations papillaires de la vulve. Sur le dos de la langue, près des papilles caliciformes, est un groupe de végétations papillaires tout à fait semblables cliniquement et histologiquement à celles de la vulve. W. D.

REVUE DES LIVRES

Das seborrhoische Ekzem als Constitutionsbasis der sogennanten Skrophulose, des adenoïden Habitus oder der lymphatischen Constitution sowi ein seinen Zusammenhange mit Asthma, Gicht und Carcinom. Ein Beitrag zur Lehre von den Constitutionen mit besonderer Berucksichtigung der Therapie, par G. Bonne. Munich, 1900, Reinhardt, éditeur.

Ce livre, dédié à Unna, est divisé en sept chapitres. Le premier comprend, outre les caractères anatomopathologiques de l'eczéma séborrhéique d'après Unna, des considérations sur l'infectiosité, d'après B., incontestable de cette maladie. L'infection n'a pas toujours son point de départ sur le cuir chevelu.

Aux deux caractères déjà décrits par Unna, l'infectiosité et le polymorphisme, B. ajoute dans le deuxième chapitre deux autres caractères de l'eczéma séborrhéïque, à savoir la propriété d'envahir les muqueuses et ensuite la tendance à provoquer l'hypertrophie des ganglions lymphatiques qui correspondent à ses localisations.

Le chapitre III contient une statistique de 72 cas qui permet de regarder l'eczéma séborrhéïque d'Unna comme la conséquence d'une des constitutions les plus fréquentes, la constitution eczématique qui comprend non seulement les constitutions scrofuleuse, adénoïde, lymphatique, mais explique leur pathogénie. B. pense que les constitutions eczématique, lymphatique ou adénoïde de l'enfance, quand le processus a pris une certaine extension, peuvent avoir déjà dans la jeunesse une influence nocive sur le système nerveux central.

Dans la constitution eczématique, il peut survenir simultanément ou isolément des poussées d'eczéma et des crises d'asthme sous l'influence d'irritations mécaniques, chroniques ou simplement nerveuses par suite de l'action du sympathique certaines formes d'asthme doivent être regardées comme un symptôme de la constitution eczématique. D'autre part, la diathèse urique a des rapports avec les deux maladies, ce qui serait une autre preuve de la connexité de l'asthme et de l'eczéma. Il ne faut pas regarder ces eczémas goutteux, comme des eczémas sui generis des goutteux, mais seulement comme une aggravation d'un eczéma antérieur provoquée par la goutte. Le rapport entre l'eczéma et la goutte est très vraisemblablement réciproque, c'est-à-dire que l'un favorise l'autre.

B. examine l'hypothèse qui a été déjà émise que, dans la coïncidence de l'eczéma séborrhéïque et de la goutte, on pourrait trouver une des causes prédisposantes du développement du carcinome. Un autre motif en faveur d'une certaine connexité entre la goutte et le carcinome, c'est la façon dont ces deux affections se comportent vis-à-vis de la tuberculose.

Une autre preuve de la connexité qui existe entre l'eczéma de la peau et les maladies typiques de la muqueuse des voies respiratoires et

digestives des eczémateux peut se déduire de l'efficacité des mêmes règles thérapeutiques, et en particulier des résultats obtenus par le séjour au bord de la mer. Un médicament qui rend d'excellents services dans le traitement des eczémateux est le goudron, sous forme de pommade dans l'eczéma de la peau et sous celle d'eau de goudron dans le catarrhe bronchique des enfants et des adultes eczémateux, surtout à tendance asthmatique avec sécrétion visqueuse; le régime des eczémateux est le même que celui qui est conseillé contre la diathèse urique.

La lecture de l'intéressant travail de M. le Dr Bonne nous ramène directement à l'arthritisme de l'école française. A. Doyon.

NOUVELLES

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Prix Zambaco.

Le Prix Zambaco sera décerné, dans l'Assemblée générale de 1903, à l'auteur du meilleur travail sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

Le sujet en est laissé au libre choix de chaque concurrent.

La valeur du prix à décerner en 1903 sera de 800 francs.

Les travaux envoyés au concours devront être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent être transcrits, copiés, écrits à la machine ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés franco de port, sous pli recommandé, avant le 30 novembre 1902, au Secrétaire général de la Société, M. le Dr Hallopeau, 91, boulevard Malesherbes, à Paris.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



TRAVAUX ORIGINAUX

NATURE ET TRAITEMENT DE LA PELADE. LA PELADE D'ORIGINE DENTAIRE.

Par **Lucien Jacquet**.

Ceux qui ont suivi mes études sur la pelade (1) savent que je ne la considère pas comme une « entité » spécifique, mais comme une lésion banale, comme un *symptôme*, aboutissant d'irritations, banales elles-mêmes, et diverses.

Je vais prouver dans ce mémoire, que la plus banale (2) et par conséquent la plus intéressante de ces irritations naît d'une lésion, d'un trouble, dentaires ou péri-dentaires ou encore de l'évolution anormale d'une dent.

Cette conviction s'est faite en mon esprit par la lente poussée de faits nombreux, témoignant que la pelade succède souvent à une crise *subjective*, dans la sphère du trijumeau inférieur ; que la localisation peladique est *homo-latérale* à cette crise ; que la pelade fait corps, forme syndrome, avec un ensemble de phénomènes *sympathiques*, groupés aussi autour de la même crise ; que la cause du syndrome ainsi constitué, n'est autre qu'une irritation gingivale ou dentaire ; que les voies de conduction nerveuse relient clairement l'irritation initiale à l'aboutissant cutané, ainsi qu'au cortège pathologique connexe ; enfin que la suppression de cette irritation fait tomber l'ensemble morbide qu'elle a suscité.

Ces divers ordres de preuves, je ne les ai pas cherchés systématiquement en chaque cas individuel ; non : je les tire *a posteriori*, de l'ensemble des faits patiemment accumulés sans parti pris, mais non pas sans idée directrice : « quand on ne sait pas ce que l'on cherche, disait familièrement Cl. Bernard, on ne comprend pas ce que l'on trouve ». J'ai eu simplement, en recueillant certains de ces faits, la pensée qu'il pouvait y avoir une relation *quelconque* entre le trouble

(1) Je dois à la libéralité de mon éminent et vénéré maître Ernest Besnier d'avoir pu observer certains des cas contenus dans ce travail ; je lui en exprime ici toute ma reconnaissance. C'est M. Charoppin, élève du service de M. Hallopeau, qui a dessiné les schémas et figures de ce mémoire ; son intelligente collaboration m'a été fort précieuse.

(2) Je suis obligé de noter, pour certains, que chose *banale* n'est pas chose connue. Il est banal d'avoir faim, soif ou sommeil ; et nous ignorons totalement ce que sont la faim, la soif, le sommeil.

dentaire et le trouble cutané. L'observation d'un certain nombre d'autres a été conduite antérieurement même à toute tendance de ce genre. Et toujours, et en tout cas, je me suis docilement laissé conduire par eux : « comme un petit enfant par la main ».

Tout ce que je rapporterai ici appartient à l'observation clinique : chacun pourra contrôler ce que j'avance, à la condition d'y apporter une patience égale à la mienne. Or, c'est là, je le crains, une vertu peu commune à une époque où beaucoup pensent que l'observation du malade a livré son secret et que la clinique est morte : Erreur grossière! Notre effort a creusé la plus superficielle couche du sol clinique et, déjà, nous le laisserions en friche!

Cette jachère, certes, est momentanée : nous touchons à la fin de la crise de pan-microbisme qui fut la rançon du génie de Pasteur, et qui, en dépit de tant d'efforts brillants ou simplement honorables, aura été, en dermatologie, peu féconde : chacun bientôt sentira, qu'il est vain de chercher des causes distinctes, spéciales ou spécifiques et *matériellement isolables*, à des troubles, à des lésions, dont le plus grand nombre résulte de la viciation lointaine, progressive, et complexe infiniment, du jeu organique. L'on rendra sa place, la *première*, et pour la difficulté et pour la valeur, à l'étude attentive, minutieuse, et sans gloire, de l'homme *malade*, et aussi, comme je le demande et comme je tâche à le faire, de l'homme *sain* ou dans l'illusion de la santé (1).

Pour moi, j'ai toujours eu le sentiment profond que le progrès en notre science viendra seulement de la juxtaposition des données de la biologie générale à celles de la clinique, et de leur pénétration réciproque : et telle a été, on le verra, la méthode du présent travail.

Maintenant, qu'il me soit permis de dire comment j'observe. En matière *expérimentale* l'indication précise de la technique est essentielle; en matière *clinique*, on semble admettre que l'observation de tous est également valable et pourtant, d'un clinicien à l'autre, elle varie étrangement en patience, en minutie, en clairvoyance, et, pour tout dire, en qualité. L'appréciation de ces derniers éléments passe, cela est clair, mon propre jugement, mais je peux du moins renseigner sur les autres. Et je répéterai, ne pouvant mieux faire, ce que je disais en un précédent travail : « telle observation rapportée en quelques lignes a parfois coûté des *heures* d'examen à diverses reprises; tout fait enregistré représente un constat répété, ou une déclaration réitérée à des questions posées sans pression quelconque

(1) Depuis deux ans, déjà, je prends au jour le jour mon *observation*. J'en ai publié déjà un épisode (voir : Contribution à l'étude pathogénique de l'Herpès vulgaire, in *Festschrift de Kaposi*).

Il est une série de troubles de fonctionnement que *nulle autre méthode* que l'auto-observation du biologiste n'éclairera jamais.

sur le patient et renouvelées sous de multiples formes, ce qui demeure *invariable* étant seul retenu ».

Critérium chronologique.

La pelade, ai-je dit, succède souvent à une crise dans la sphère du trijumeau ; j'entends ici un trouble *subjectif*, perçu, reconnu et déclaré *par le malade*. Sur l'ensemble de 200 observations environ, où cet élément a été recherché, je l'ai noté 27 fois.

On trouvera dans ce travail 21 de ces observations.

Ici, tout repose sur l'art de l'interrogatoire, art autrement délicat que toute technique expérimentale. Il faut une patience exemplaire, beaucoup de temps, joints à quelque sagacité pour aviver doucement, sans pression, sans violence, les souvenirs souvent incertains des malades, surtout quand, comme à l'ordinaire, la dermatose a déjà plusieurs mois de date (1).

Je spécifie qu'il s'agit là non de retentissement névralgique ou migraineux pré-peladiques *quelconques*, dont on sait déjà la fréquence, mais uniquement de troubles *subjectifs* de la zone trigémellaire.

Ils se résument à trois variétés :

La « fluxion » non douloureuse vue une fois.

La fluxion douloureuse ou névralgie fluxionnaire vue sept fois.

La névralgie simple, observée dix-neuf fois.

Voici, pour fixer les idées, quelques exemples à l'appui ; on en trouvera d'autres chemin faisant (2).

(1) Il est des malades à qui l'on fera toujours dire *ce que l'on voudra ;* l'interrogatoire doit donc être mené avec une souplesse parfaite. Les questions seront toujours faites sous la forme interrogative, dubitative, sans aucune *affirmation*. Mais il faut revenir à la même sous des formes variées ; tel a eu des « douleurs » qui ignore les « névralgies » ; tel autre n'a jamais eu ni douleurs, ni névralgies, mais seulement des « rages de dents », etc., etc...

Voici un exemple topique de l'extraordinaire inconscience de certaines personnes : Je demande la permission de laisser à cette petite scène toute sa saveur en citant sa fin, de manière textuelle. Je questionne un peladique de la *classe aisée :*

D. — Avez-vous souffert des dents ?

R. — Jamais.

D. — Avez-vous eu des névralgies ?

R. — Je ne sais pas ce que c'est.

D. — Avez-vous eu des maux de dents?

R. — Ah ! des rages de dents, oui ; j'en ai toujours eu, depuis que j'ai la pelade, à cause des frictions et des pommades qu'on m'a ordonnées.

D. — Avez-vous de bonnes dents ?

R. — Parfaites.

Or, la dentition est effondrée et *il reste exactement treize dents au malade !*

(2) J'emprunte les deux premiers faits à l'un de mes précédents mémoires : ils sont de ceux qui ont attiré mon attention sur la relation odonto-pilaire (voir L. Jacquet : *Nature et traitement de la pelade*, in *Annales de dermat. et de syphilig.*, 1900, p. 709, p. 40 du tirage à part) ; toutes les autres observations de ce travail sont inédites.

Obs. I. — *Aire peladique de la région mentonnière gauche. Névralgies dentaires gauches.* — M. X... vient me consulter pour une aire peladique de la barbe, siégeant au-dessous de la commissure labiale *gauche*, au plein de la région pilaire, au niveau du trou mentonnier. L'aire est très sensiblement déprimée en cupule. C'est la première atteinte de ce genre.

Elle aurait débuté en juillet 1899, et en tout cas a été constatée vers le 15 de ce mois.

En avril précédent, pendant plusieurs jours et nuits de suite, violentes névralgies dentaires aux mâchoires supérieure et inférieure à *gauche;* plusieurs dents manquent à la mâchoire inférieure *gauche.*

Obs. II. — *Pelade en aires disséminées: barbe, tête, épaules; début à la barbe.* — *Violentes névralgies dentaires.* — *Récidive à la suite d'excès vénériens et alcooliques.* — X..., 32 ans, aires nombreuses de barbe, en collier : la principale, très atrophique, est centrée par une vague cicatricule. Il y eut là, très antérieurement à la pelade, en 1893, un « bouton » fort long à guérir.

Aires symétriques aux épaules (malade très velu) (1).

Début de la pelade en 1895, à la région mentonnière latérale *gauche;* puis extension à la même région *droite.*

A la *même* époque, névralgies dentaires violentes, prolongées et *bilatérales*, à la mâchoire inférieure.

Il y a deux ans environ, récidive à la suite d'excès vénériens et alcooliques.

Obs. III. — *Fluxion pré-peladique non douloureuse de la joue gauche.* — *Pelade occipitale gauche six semaines plus tard.* — *Fistule de l'incisive latérale supérieure gauche.* — *Dentier.* — *Gingivite.* — M..., 37 ans, fluxion de la joue *gauche* en mars : M..., sans *nulle* douleur, se réveille un matin la joue gauche enflée, et l'œil gauche presque fermé (2).

(1) J'ajoute de mémoire, mais mes souvenirs sont précis, que les deux disques siégeaient à la région correspondante à l'épine de l'omoplate en sa partie médiane : on verra plus loin l'intérêt de cette remarque.

(2) Pour faciliter la lecture des observations, j'ai fait exécuter par M. Charoppin une série de schémas, avec certains signes conventionnels, dont voici la légende :

Dent en évolution.	+	>	Érythrose.
Dent cariée	[hachures]	~~~	Gingivite.
Dent névralgiée...	(↑)	⌒⌒⌒	Dentier.
Point névralgique.	↓	[points]	Dépilation diffuse.
Hyperesthésie.....	≡	θ +	Hyperthermie.
Fluxion...........	<	θ —	Hypothermie.

Pas de douleur non plus, *après;* cinq ou six semaines plus tard, on reconnaît un disque égal à une pièce d'un franc, en arrière de l'oreille *gauche.* — Pas de points névralgiques.

Dentier depuis un an. — L'incisive latérale supérieure *gauche* a été cariée, puis cassée ; on y introduit le stylet de un centimètre et demi sans douleur. Gingivite à *tuméfaction* palatine autour d'elle.

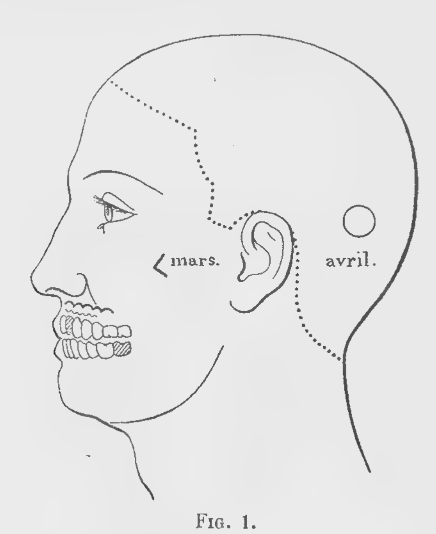


Fig. 1.

Assez fréquemment, sans douleur, cette région se tuméfie davantage et la lèvre enfle.

Aujourd'hui (14 septembre 1901), pas de tuméfaction, *pour le malade;* en réalité, tuméfaction gingivale et palatine importante.

Pas de point sous-orbitaire appréciable; la troisième molaire inférieure *gauche* est caverneuse, non douloureuse aujourd'hui, mais est parfois le point de départ de douleurs vagues.

Obs. IV. — *Névralgie pré-peladique faciale et fronto-temporale droite. — Carie douloureuse de la deuxième prémolaire droite. — Pelade fronto-temporale droite, trois semaines après la crise névralgique. — Névralgie latente du côté droit. — Coryza de la narine droite. — Obturation de la dent malade. — Repousse immédiate.* — Mad. S... — 28 août 1901. — Depuis un mois, névralgie vague mais continue et *très* nette dans la tête et la face du côté *droit*, et exclusivement du côté *droit*. Maximum de la douleur perçue à la *région fronto-temporale droite.*

Depuis longtemps, elle a noté en se peignant au peigne fin une sensibilité dans la région fronto-pariéto-temporale *droite.*

Pas de dépilation diffuse appréciable.

Disque du golfe fronto-temporal *droit*, plus grand que *5 francs*, très hypotonique, sec, au moins en apparence et encore parsemé de quelques longs poils adhérents : paru il y a *huit* jours.

Dentition. — En bas, à *droite*, il manque la première molaire, arrachée il y a quatre ans et demi, pendant une grossesse; la troisième n'est pas sortie.

La deuxième prémolaire *droite* inférieure cassée depuis un an, profondément *cariée*, est actuellement très douloureuse au stylet et autres contacts.

En bas à gauche, dentition bonne; la cinquième molaire n'a pas encore poussé.

En haut, des deux côtés, il manque quatre dents, deux de chaque côté, arrachées il y a cinq ou six ans (deuxième prémolaire et première molaire), les troisièmes n'ont pas poussé.

Névralgie à la pression très nette aux *points* mentonniers et sous-orbi-

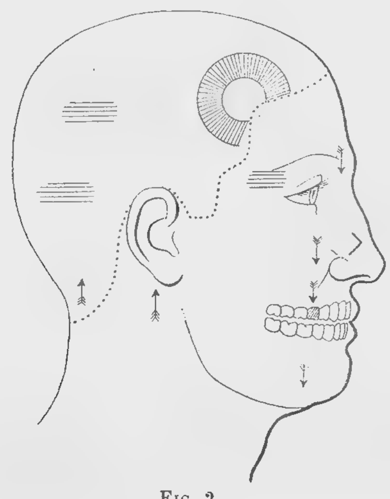


Fig. 2.

taire *droits;* sensibilité nette, mais beaucoup moindre aux autres points des deux côtés.

Dépilation sourcilière droite (?).

30 août. — Sensiblement même état ; mais la carie n'est plus douloureuse au stylet. Le jeudi 29, début d'un coryza avec écoulement assez abondant qui a été strictement limité à la narine *droite* et a provoqué une migraine, à prédominance *droite*. Aujourd'hui encore, il y a obstruction partielle du côté *droit*, nulle à gauche.

Nul duvet sur le disque.

18 septembre. — La deuxième prémolaire inférieure *droite* n'est plus douloureuse au stylet ; mais les points sous-orbitaire et mentonnier sont très nets, et très vifs à *droite*.

Duvet terne et incolore sur le disque.

25 septembre. — Opération préliminaire du plombage le 22. A la suite, quelques douleurs de la zone pariétale *gauche*. Mais la malade a assez souvent des céphalées vagues indépendamment des névralgies du côté *droit* qu'elle a indiquées et qu'elle maintient. La prédominance hyperesthésique de ce côté serait d'ancienne date, mais aurait eu un redoublement récent

(deux mois environ). En ce moment même elle éprouve des douleurs lancinantes dans la zone orbitaire droite.

Points névralgiques dans le même état.

30 septembre. — Obturation de la dent par le Dr Gaumerais.

17 octobre. — Les douleurs spontanées du côté *droit* ont notablement diminué. De temps à autre encore un retentissement douloureux et notamment pendant la marche.

Dans la dernière quinzaine, la malade s'est beaucoup fatiguée (travail intensif) et la semaine dernière elle eut une lipothymie assez forte (céphalée violente une heure et demie environ, vertige, pâleur, sans syncope véritable).

Pression encore un peu plus douloureuse au point sous-orbitaire *droit*.

Traitement bien fait.

Follets sur l'aire entière avec quelques poils colorés. Mais, en outre *ceinture drue* de poils normaux, de 12 millimètres de largeur (sans nulle rasure ni épilation de bordure) et régnant tout autour de l'aire, sauf à son tiers antérieur.

La petite éclaircie sourcilière *droite* s'est maintenue et, depuis la première constatation, un peu accentuée.

Obs. V. — *Récidive peladique gauche après un redoublement de crises névralgiques avec carie douloureuse de la deuxième molaire inférieure gauche. — Dentier. — Gingivite. — Hyperesthésie du cuir chevelu à gauche. — Hyperthermie de la joue gauche.* — 17 septembre 1901. — Mad. L..., 42 ans; pelade antérieure, il y a trois ans, symétriquement à l'autre côté,

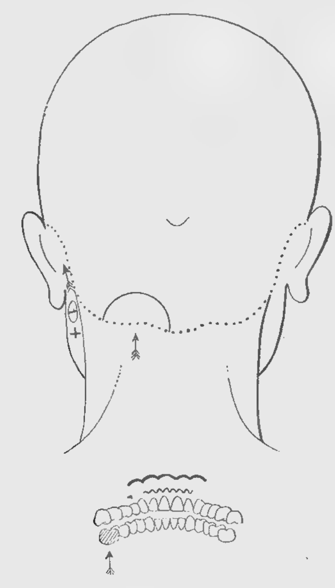


Fig. 3.

(nuque et peut-être occiput). Il y a deux ans, accidents spécifiques et crises névralgiques graves. — Dentition familiale très mauvaise. Dentier depuis dix ans et dents vissées.

Disque actuel reconnu il y a huit jours ; depuis quelque temps, accentuation des névralgies et des migraines diffuses, de tout temps fréquentes chez elle.

Aujourd'hui, points névralgiques nets des deux côtés, mais à nette prédominance *gauche*.

La quatrième molaire *gauche* profondément cariée est douloureuse au stylet sans retentissement. La troisième et la deuxième sont tombées. Gingivite médiane supérieure (deux dents vissées).

Le reste de la dentition est très défectueux des deux côtés, mais nulle autre dent douloureuse.

Hyperthermie légère du côté *gauche*.

5 octobre. — La quatrième molaire inférieure *gauche* n'est plus douloureuse au stylet.

Le disque ne semble pas s'être agrandi.

Il y a depuis longtemps hyperesthésie cutanée générale, mais à maximum occipital *gauche*.

Migraines violentes du lundi 30 septembre au vendredi 4 octobre, avec vomissements et malaise général profond. Pas de dépilation anormale.

12 novembre.— A la suite de la migraine précédente, la dépilation diffuse s'est accentuée.

La quatrième molaire inférieure *gauche* n'est pas douloureuse au stylet.

Il y a moins de névralgie spontanée, mais toujours à retentissement *gauche*.

Tous les points *gauches* sont très nettement prédominants.

L'hyperthermie *gauche* est assez nette.

Il y a évidemment une repousse périphérique active autour du disque, qui ne s'est point agrandi.

Obs. VI. — *Avulsion dentaire double pour polyarthrite douloureuse gauche il y a deux ans. — Pelade gauche à la même époque.* — 17 septembre 1900. — W... Pelade en voie de repousse de la partie inférieure de la moustache

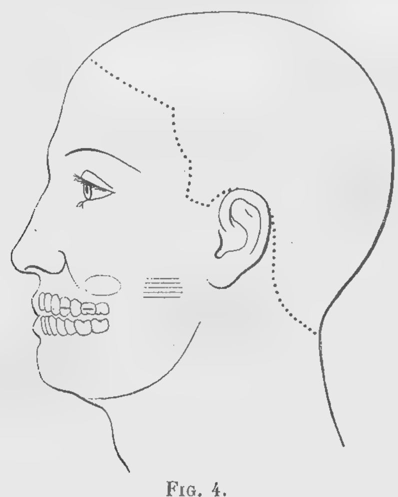


Fig. 4.

gauche, datant de deux ans environ. A la même époque, arrachement de

deux dents à la mâchoire supérieure *gauche*, pour douleurs très vives. Nombreuses tachetures claires dans la barbe, d'ailleurs bien fournie, surtout du côté *gauche*.

Les dents sont, dans leur ensemble, noires et en mauvais état.

Examen dentaire par le Dr Frey. — Polyarthrite avec crises douloureuses. Pas de caries. Calcification excellente.

Obs. VII. — *Névralgies prolongées. — Double avulsion dentaire ; trois mois après (?) disque mentonnier médian d' « entaille » peladique.— Massage ; réparation rapide de l'entaille.* — 20 septembre 1900. — M..., 30 ans. Avulsion de deux dents il y a quinze mois environ pour des névralgies très douloureuses.

Disque irrégulier du menton, à son sommet, *depuis plus d'un an.* Il semble littéralement, tant l'atrophie est manifeste, que le sommet du menton a été enlevé par un coup de sabre. (Entaille peladique.)

Les dents sont extrêmement défectueuses, nombreux vides, caries multiples et profondes surtout aux grosses molaires des deux côtés. M... a une sœur complètement édentée ; il n'a connu ni père, ni mère.

Ce malade est très nerveux ; alcoolisé ; il sue abondamment de la tête et des aisselles ; celles-ci sont presque glabres, à poils engainés d'un dépôt pulvérulent, et aisément caducs.

Il est très varicocelleux, et atteint d'une double pointe de hernie.

10 octobre.— Massage fait soigneusement : le disque sous-mentonnier est moins affaissé et ne semble plus correspondre à une pièce emportée du menton. Il est recouvert de poils blancs.

Quelques *petites* lacunes récentes semblent survenues à la région mento-latérale *gauche*, la zone labiale *latérale*, située autour de la « mouche » et qui était glabre symétriquemeut, par agénésie (du moins je le supposais), se recouvre aussi, au moins partiellement, de poils blancs.

15 décembre. — Repousse totale du disque sous-mentonnier, mais poils encore peu colorés. Disque récent à la région temporale droite. Deux lacunes irrégulières et récentes à la limite cervicale gauche.

13 juin 1901. — Le massage a été fait assez souvent, mais très imparfaitement pendant environ trois mois. Depuis trois semaines il est négligé. Actuellement l'entaille peladique, très accentuée jadis, a disparu ; mais la peau est encore un peu atrophiée par rapport aux parties saines, et un peu atone. La repousse est générale et drue, mais, à l'exception d'un îlot central, pigmenté, elle est blanche ou très incolore.

7 novembre. — Pelade de barbe guérie ou peu s'en faut.

Un petit disque nouveau à la région occipitale supérieure médiane.

Obs. VIII. — *Névralgie pré-peladique gauche violente. — Fluxion gauche. — Odontalgie de la deuxième prémolaire supérieure gauche. — Pelade sus-auriculaire gauche un mois plus tard. — Érythrose et hypothermie gauches.* — M..., 16 ans 1/2. — 9 mars 1901. — Pelade antérieure à l'âge de 10 ans (nuque). Trois à quatre mois de durée.

Violentes névralgies dentaires, nées de la deuxième prémolaire supérieure *gauche*, il y a environ deux mois, avec fluxion très douloureuse. Irradiations douloureuses nulles (?).

Aujourd'hui, point sous-orbitaire *gauche* encore très vif. Sensibilité manifeste de la joue *gauche*. Sensibilité égale aux autres points.

Joue *gauche* un peu plus rouge que la droite et notablement *plus froide*. Disque peladique ovalaire au-dessus de l'oreille *gauche*, entouré de poils

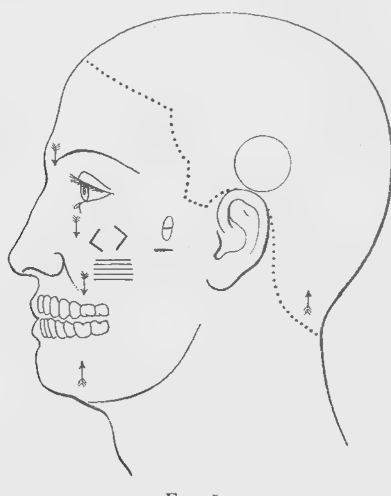


Fig. 5.

cassés et massués, recouvert de quelques follets, *reconnu il y a un mois environ*.

Hypotonie manifeste.

Alopécie diffuse ancienne. Pityriasis simple.

Séborrhée comédonique moyenne de la face.

Dentition en bon état: *rien d'appréciable à la dent névralgiée*.

Obs. IX. — *Névralgie dentaire bilatérale. — Six mois après, disques sus-auriculaires symétriques. — Névralgie latente double.* — 20 août 1901. — F..., crise névralgique dentaire *importante*, il y a un an.

En mars 1901, première notion de deux petits disques rétro-auriculaires *droits*; deux ou trois jours plus tard, de deux disques sus-auriculaires *gauches*, tous actuellement en voie de repousse.

La crise névralgique a existé des *deux côtés*.

Points faciaux et occipitaux des *deux côtés*. Caries profondes des *deux côtés*, mais surtout manifestes à la mâchoire inférieure *droite* où les troisième et quatrième molaires sont effondrées et douloureuses *actuellement*.

Obs. X. — *Névralgies dentaires subintrantes. — Récidives fréquentes de pelade. — Influence thalassique.* — M..., 34 ans. — 26 octobre 1901. — Début à 26 ans: grande pelade de tête, aujourd'hui guérie.

Dentition très mauvaise. Sept ou huit dents arrachées, d'autres plombées. Très fréquemment, névralgies dentaires.

Deux ou trois petites plaques irrégulières à la région sous-mentonnière

droite et gauche. Récidives incessantes. M. M... me dit de lui-même avoir remarqué la récidive au bord de la mer; et cela à deux ou trois reprises (?).

Revu le 9 janvier 1902. — Grands excès vénériens; les disques peladiques ont guéri, d'autres ont reparu.

Obs. XI. — *Névralgie dentaire avec fluxion à gauche. Furoncle de la nuque à gauche, puis pelade gauche, à la même époque. — Récidive de névralgie et de fluxion à gauche. — Trois ou quatre mois plus tard, pelade sous-maxillaire gauche. — Gingivite. — Névralgie latente bilatérale. — Érythro-séborrhée. — Éphidrose droite.* — C..., 34 ans. — 1er septembre 1901. — Maux de dents dès l'enfance. Six dents de lait arrachées; quatre dents arrachées au Val-de-Gràce (*côté droit*).

Crise rhumatismale il y a cinq ans.

Crise dentaire avec fluxion à *gauche*, il y a quatre ans. A cette époque, un furoncle à la partie gauche de la nuque avec enflure; pas de reliquat

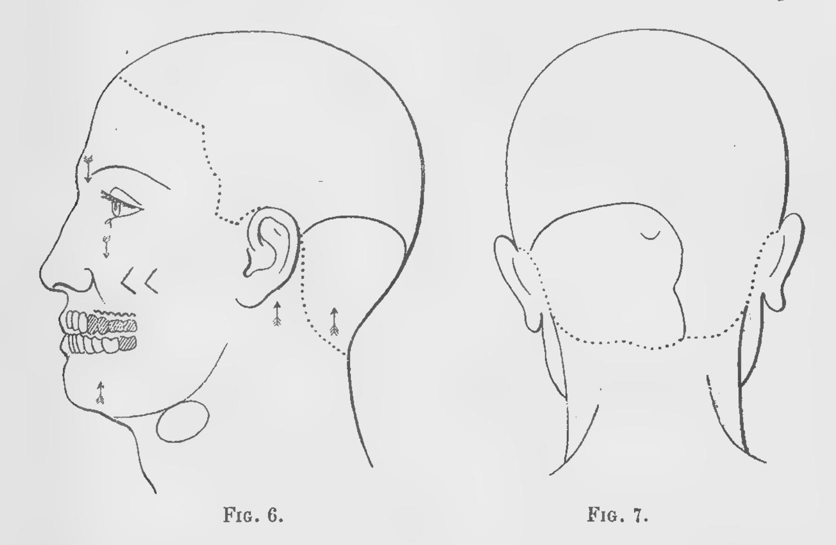


Fig. 6. Fig. 7.

cicatriciel. Dépilation dès lors et toujours grandissante. Aujourd'hui la dépilation est à *limites nettes* et avec une sorte d'adiposité sous-cutanée, d'empâtement profond diffus (sujet obèse depuis assez longtemps déjà).

La nuque à droite est certainement moins empâtée, moins chargée de graisse qu'à la région glabre.

Crise dentaire avec fluxion à *gauche* il y a douze mois environ.

Depuis huit mois, disque de la dimension d'une pièce de 2 francs, à la région sous-maxillaire *gauche*.

Dans l'intervalle, autres crises dentaires moindres, *passim*.

Dentition. — Ultra-défectueuse. Nombreuses dents manquant à droite, et quelques caries à *gauche;* en haut toutes les dents à partir de la canine sont réduites à l'état de racines plus ou moins profondément cariées, non douloureuses actuellement au stylet.

En bas, caries, mais surtout dents incomplètement sorties et vicieusement implantées; gencive supérieure, surtout *gauche*, très enflammée, tuméfiée; face interne de la joue aussi.

Points névralgiques très sensibles des deux côtés, y compris le point occipital.

Tachycardie. Pas de souffle ni de frottements.

Érythrose bilatérale habituelle, peau grasse.

Éphidrose frontale *droite* très nette, notable même à l'état ordinaire quand le malade a chaud. Je l'ai très nettement observée après une marche accélérée.

Atrophie assez nette de la région frontale *gauche*.

Oppression légère depuis longtemps à la marche, ou à l'ascension d'escalier.

Au sommet *gauche* en arrière, respiration obscure.

Obs. XII. — *Névralgie dentaire et fluxion née de la première molaire supérieure droite. — Nulle lésion objective apparente de la dent. — Pelade pariéto-temporale droite, deux semaines plus tard.* — F..., 22 ans. — 14 septembre 1901. — Début d'un disque peladique il y a onze jours; le disque = 1 franc, siège à la bosse pariétale *droite*, poils massués à la périphérie. Un autre disque un peu en avant et au-dessous du précédent.

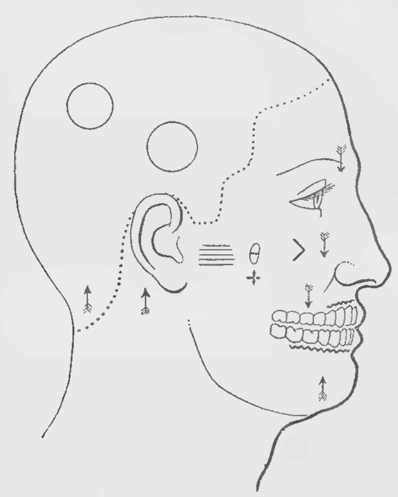


Fig. 8.

Fluxion et névralgie dentaire il y a trois semaines au niveau de la grosse molaire supérieure *droite*.

M. Gaumerais n'a rien trouvé d'*objectif* expliquant cette névralgie récente.

Points névralgiques provoqués violents des deux côtés avec légère prédominance sous-occipitale et sous-orbitaire *droite*.

Pommette *droite* plus chaude que la gauche de 1° au moins; différence dans le même sens un peu moins accusée aux oreilles.

24 septembre. — Les gencives sont, à titre général, en très mauvais état, uméfiées et rouges.

Pas de dépilation diffuse.

Points névralgiqnes violents des deux côtés et peut-être à prédominance gauche pour le sous-orbitaire, à prédominance droite pour le sous-occipital.

Aucune des nombreuses dents cariées n'est sensible à la pression.

F... vient d'avoir un coryza sans prédominance unilatérale.

29 octobre. — Duvet sur l'ensemble de l'aire, mais bordure de poils massués, surtout riche dans l'angle postérieur, très marquée aussi autour du disque antérieur. Accroissement notable, irrégulier, et angulaire.

Poils venant très aisément à la traction tout autour des plaques.

Légère élévation thermique du lobule de l'oreille et de la pommette à *droite*.

Égalité de la réaction sensitive, beaucoup moins vive qu'aux explorations précédentes.

7 décembre.— Il y a trois semaines, extraction de cinq racines, trois à la mâchoire supérieure droite et deux à la mâchoire supérieure gauche.

Névralgie latente des deux côtés, mais peut-être plus forte à gauche. Rien de particulier d'ailleurs de ce côté depuis la dernière visite.

Les deux disques ont chacun environ la dimension d'une pièce de cinq francs. Chacun, surtout le temporal, est entouré de poils massués et venant aisément à la traction.

Chacun aussi, et surtout le pariétal, est en voie de repousse périphérique. L'hyperthermie semble exister à droite.

Obs. XIII. — *Récidive peladique à droite, « peu après » une fluxion dentaire droite. — Points névralgiques à droite.* — C..., 36 ans. — 7 septembre 1900.

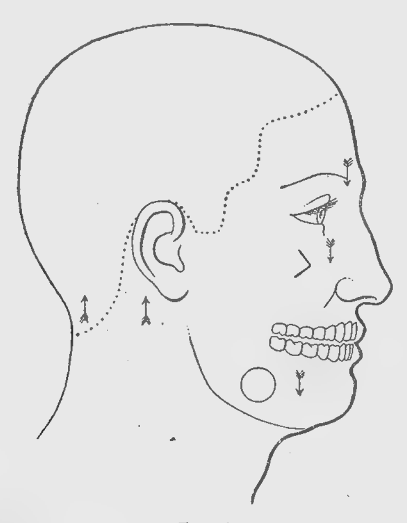


Fig. 9.

— *Bronchite* sérieuse il y a 17 ans. Depuis, retours assez fréquents de la bronchite.

Cauchemars pendant une dizaine d'années sans alcoolisme notable.

Pas de *sueurs* notables. Pas de *maux* de tête. La première plaque est apparue il y a sept mois à l'occiput.

Jamais aucune névralgie dentaire, aucune perte de dents.

Il y a une forte déviation du nez à convexité gauche, véritable défoncement ostéo-cartilagineux, qui daterait de l'enfance, mais se serait accentué. Depuis sa bronchite, il a chaque année deux ou trois rhumes.

Examen. — *Auscultation.* — Légère sclérose pulmonaire bilatérale. Au sommet gauche en avant, froissement pleural (?).

Pointe de hernie bilatérale.

Peu de varices, quelques varicosités.

Réflexe pilaire presque absent des deux côtés.

Plaques peladiques dans la tête à la région occipitale et pariétale gauche. Nombreuses dans la barbe, notamment au côté gauche et trou mentonnier, à la région sous-hyoïdienne des deux côtés; nettement hypotoniques.

Pollakiurie il y a un an ; le malade se levait plusieurs fois la nuit pour uriner.

Au début de la pelade il y a eu dans les cheveux et dans la barbe des démangeaisons persistantes ; C... ne se souvient pas avoir eu des boutons.

17 décembre. — Guérison à peu près complète par douches, frictions excitantes, massage.

25 avril 1901. — En janvier (vers le milieu du mois), fluxion dentaire *à droite ;* peu après, disque mentonnier *droit.*

Actuellement, névralgie latente *droite ;* tous les points sont vifs.

Obs. XIV. — *Pelade temporale gauche récidivée.* — *Névralgie dentaire gauche à chaque éclosion peladique.* — *Évolution de la dent de sagesse inférieure gauche.* — *Névralgie latente gauche.* — C... — 13 septembre 1901.

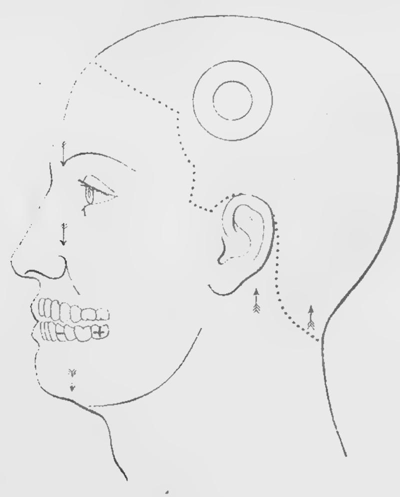


Fig. 10.

Disque de la dimension d'une pièce de 50 centimes à la partie supérieure de la région temporale *gauche*, datant de deux mois environ.

En juillet 1900, plaque de pelade à peu près à la même place.

La dent de sagesse inférieure *gauche* émerge un peu incomplètement encore : stomatite épithéliale chronique autour d'elle.

D'après C... cette dent a « coupé » la gencive à deux reprises différentes, et il eut des douleurs assez vives à ces deux périodes, qui correspondaient, d'après lui, au premier développement de la pelade et à la récidive.

Névralgie latente sous-auriculaire et sous-orbitaire *gauche*.

Ce malade a eu la syphilis.

Il y a un gonflement ganglionnaire parotidien.

21 septembre. — Le ganglion parotidien a diminué d'épaisseur.

Même état de la dent de sagesse et de la muqueuse ambiante.

Le disque est en voie de repousse. Actuellement, indolence spontanée et à la pression de ce côté.

En haut et du même côté, il y a aussi une racine (première molaire supérieure gauche) cassée, cariée, et non douloureuse au stylet.

30 novembre. — Guérison absolue, la plaque n'est plus discernable.

Le ganglion parotidien a disparu; la dent de sagesse inférieure gauche est toujours dans le même état, c'est-à-dire légèrement encapuchonnée de gencive et la muqueuse génienne chroniquement enflammée, blanchâtre, opaline.

En somme, dans les observations précédentes et dans un nombre à peu près égal qui va suivre, nous trouvons, associé à d'autres éléments de conviction dont je reparlerai, un rapport de *succession*, entre la crise sensitivo-fluxionnaire dans la sphère du trijumeau et la pelade elle-même.

Fixons donc sur des bases aussi précises que possible la hiérarchie chronologique respective de l'élément névralgique et de l'élément pilaire, puisque, dans l'espèce, c'est cette chronologie même qui est intéressante.

Or, le rapport a varié dans les limites que voici :

Trois mois environ *après* la crise,		deux cas.
Deux à trois mois	—	deux cas.
Deux mois	—	deux cas.
Un mois et demi	—	trois cas.
Un mois	—	trois cas.
Trois à six semaines	—	quatre cas.
Simultanément ou à peu près,		cinq cas.

Mais je dois remarquer maintenant que la seule base de cet ordre de preuves, la déclaration des malades, est décevante : le nombre des personnes qui s'observent, même grossièrement, est restreint.

Quelques troubles sensitifs et vaso-moteurs sont, à moins d'exceptionnelle intensité, tôt rayés de la mémoire. Et cette fugacité, vraie à titre général, l'est ici au maximum, puisque malades ou médecins, presque personne ne soupçonne la possibilité d'une relation entre

les deux ordres de faits en cause ; et que d'ailleurs un disque de pelade peut, surtout dans les basses classes sociales, passer longtemps inaperçu.

On peut donc être sûr que, en des conditions d'observation meilleures, *plus proche du début surtout*, on verrait croître l'importance de ce rapport chronologique.

En deux des cas précédents sa valeur se trouve renforcée par sa répétition chez chacun de ces malades, lors d'une récidive.

L'un eut à, deux reprises, sa dermatose précédée d'une gêne douloureuse de la mastication (obs. XIV).

L'autre vit deux fois également une névralgie fluxionnaire précéder sa pelade (obs. XI).

Mais l'une de ces observations est, entre autres choses, remarquable par la significative mise en scène dont elle fut l'occasion (obs. IV).

Il s'agit d'une jeune femme d'air intelligent, qui s'asseyant à son tour d'examen, devant les élèves de M. Hallopeau, que je suppléais alors, et devant moi-même, nous montra son large disque au golfe fronto-temporal droit, et nous dit : « Voilà huit jours que j'ai cette plaque ; et il y a plus d'un mois que j'ai des douleurs dans tout ce côté » ; puis montrant le côté droit de sa mâchoire : « *tout cela vient de cette dent qui me fait souffrir depuis longtemps* ».

Ainsi, bien des paroles sont dites, qui ne sont point entendues.

Ainsi, cette jeune personne formulait inconsciemment sur l'origine de la pelade, ce que quatre années d'études, greffées sur une éducation dermatologique préalable, m'ont appris d'essentiel.

Vanité des vanités !

Critérium topographique.

La pelade succède donc souvent à un orage sensitivo-fluxionnaire dans la sphère du trijumeau; voici un fait dont, s'il est vérifié par d'autres observateurs, il serait puéril de contester l'importance.

Je me garderai d'ailleurs de l'exagérer ; je me méfie du « *post hoc, ergo propter hoc* »; je sais le nombre des coïncidences, et ce n'est pas au moment où les contagionnistes en abusent qu'il convient, même à bon escient, d'insister sur ce mode de démonstration.

Mais voici que sa valeur indicatrice va se trouver singulièrement renforcée : non seulement la pelade est souvent précédée d'une crise sensitive trigémellaire, mais encore quand cette crise a pu être localisée de façon précise, la dépilation est systématisée au même côté que cette crise, est symétrique comme elle, *ou lui est homo-latérale.*

Peut-être a-t-on remarqué ce fait dans les observations précédentes ; qu'on veuille bien, en tout cas, s'y reporter et on le constatera. Bien entendu, je n'ai fait nul triage, nulle sélection, nulle

exclusion : si la preuve *topographique* vient s'associer à la preuve chronologique, *c'est que ce sont là choses liées.*

Voici d'autres exemples de ce deuxième ordre de preuves :

Obs. XV. — *Fluxion pré-peladique à droite. — Pelade de la nuque à droite, un mois et demi plus tard. — Éruption symétrique de la deuxième molaire inférieure plus avancée à droite. — Névralgie latente droite.* — B..., 11 ans. — 11 septembre 1901. — Fluxion du côté *droit* il y a trois ou quatre mois. Début de la pelade il y a deux mois et demi environ. A l'heure actuelle,

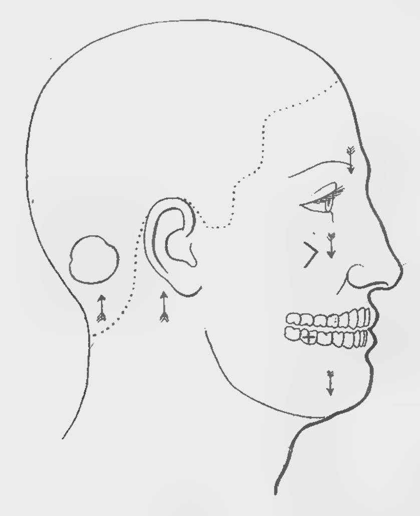


Fig. 11.

trois disques coalescents à poils cassés et massués, à dépilation extensive. Tuméfaction de la joue encore appréciable à *droite.*

Points douloureux très nettement prédominants à *droite*, sauf le sous-auriculaire sensible des deux côtés.

La deuxième molaire inférieure est en voie d'éruption symétrique, mais manifestement plus avancée à *droite* où la gencive est un peu tuméfiée et enflammée, non douloureuse; presque toutes les molaires sont cariées, mais non douloureuses au stylet.

Dentition familiale très mauvaise chez le père et la mère.

Obs. XVI. — *Névralgie née de la première molaire inférieure droite. — Avulsion. — Disque peladique pariétal droit, quinze jours plus tard. — Éruption des deuxièmes molaires supérieures droite et gauche.* — D..., 13 ans. — 27 août 1901. — Enfant très nerveux.

La première vraie molaire inférieure *droite* a été arrachée, il y a deux mois. Elle était cariée à ce moment-là et lui faisait mal depuis plus de huit jours. Il y a un mois ou un mois et demi, notion d'un petit disque à la bosse pariétale *droite;* point névralgique occipital *droit* assez nette-

ment prédominant. Rien de net pour les autres qui tous paraissent névralgiés.

Deux zones de lichen simple à la nuque, la principale à *gauche* datant d'au moins deux mois.

La première vraie molaire inférieure *gauche* a été arrachée il y a un an au moins.

En plusieurs points de la tête, surtout à *droite*, petits disques cicatriciels

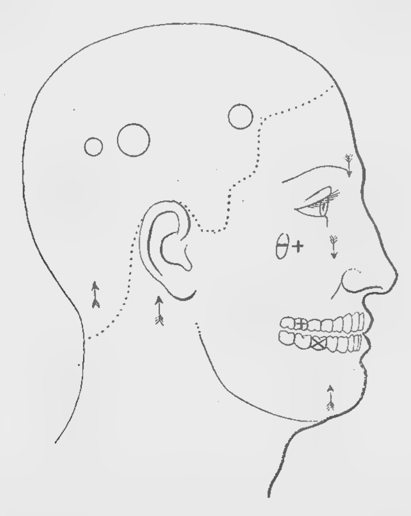


Fig. 12.

sans rayonnement alopéciant. Le disque peladique ne porte pas de marques cicatricielles.

17 septembre. — La deuxième molaire supérieure est plus évoluée à droite qu'à gauche.

Même prédominance du point sous-orbitaire droit.

21 septembre. — Duvet ténu et incolore sur le disque droit qui certainement n'a pas grandi.

Même prédominance *droite* de points névralgiques sus-orbitaire et occipital. Les autres sont symétriquement très vifs.

Il n'y aurait jamais eu d'éruption dans la tête.

5 octobre. — Même état de la sensibilité.

Un petit disque lenticulaire immédiatement en arrière du disque principal et à peau luisante et très légèrement plissée : il est nouveau bien *certainement*, et l'on pourrait le croire cicatriciel, si l'on n'était sûr, vu le rapprochement de la précédente inspection, qu'il n'y a eu là de lésion d'aucune espèce.

19 novembre. — Même état de la sensibilité, prédominance *droite* et hyperthermie de ce côté.

Un petit disque paraissant nouveau en arrière de la bordure frontale *droite*.

Même état de la dentition.

3 décembre. — Le disque pariétal *droit* est presque complètement recouvert de poils, sauf un petit espace lenticulaire à peau luisante et d'aspect vaguement cicatriciel. Le disque frontal est au *statu quo*. Le second disque pariétal, également. Aucun changement dans l'état de la sensibilité, de l'hyperthermie. Les deuxièmes molaires supérieures sont sensiblement d'évolution égale.

Obs. XVII. — *Névralgie faciale bilatérale. — Pelade médiane de la nuque, quinze jours plus tard. — Obturation de la première molaire supérieure droite. — Éruption d'une dent de sagesse (supérieure ou inférieure?) gauche.* — D..., 27 ans. — 22 août 1901. — Pelade reconnue il y a deux mois et demi (partie *médiane* de la nuque). Très mauvaise santé habituelle. Maux de tête et névralgies fréquents. La dernière crise importante remonte à trois mois.

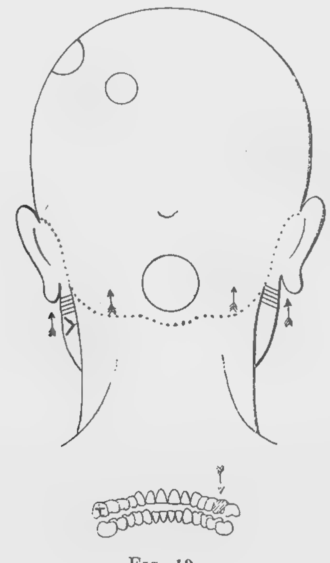


Fig. 13.

Névralgies prolongées et plombage de la première molaire supérieure *droite*. La névralgie était alors à maximum facial *droit*; depuis il y a eu des névralgies moindres à maximum facial *gauche*. Points faciaux, auriculo-parotidiens et occipitaux très sensibles des deux côtés. Il y a érythrose faciale *gauche* très nette avec hyperthermie et un peu de gonflement à la joue *gauche*.

Chute des molaires inférieures *droites*, déjà ancienne. Plusieurs caries disséminées et actuellement éruption de la dent de sagesse *gauche*.

Le disque de nuque est médian, sans nulle repousse, parsemé de poils cassés et à bordures semblant extensibles.

Rien de particulier sur le reste du corps, qu'un peu de pigmentation sur le bord des aisselles.

Deux petits disques de tête *à gauche*, l'un à la partie antéro-supérieure, l'autre à la partie postéro-supérieure de la région pariétale.

Obs. XVIII. — *Névralgies faciales gauches. — Avulsion de la deuxième grosse molaire inférieure gauche. — Pelade sus-auriculaire gauche. — Carie douloureuse de la première prémolaire supérieure gauche. — Nouveaux disques peladiques gauches.* — Mlle F..., 22 ans. — 4 août 1901. — Migraines avec troubles gastriques et visuels depuis plus de deux ans. Localisation exacte des migraines (?).

Névralgies faciales depuis la même époque environ, à localisation très

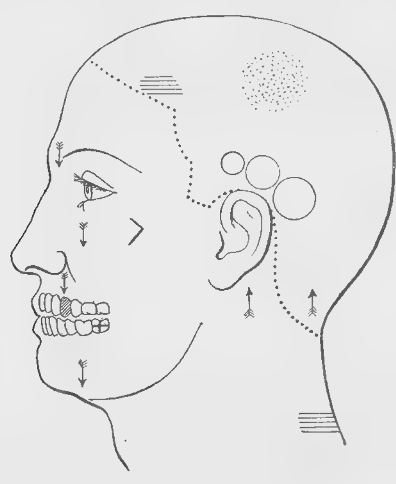


Fig. 14.

nette *à gauche* et pour laquelle la malade fit pratiquer l'ablation de la deuxième grosse molaire inférieure *gauche* qui était un peu gâtée. Grand disque peladique à la partie postérieure de la région écailleuse du temporal *gauche* depuis six mois environ. Névralgie faciale latente *gauche*, y compris point occipital *gauche*. Hyperesthésie musculaire de la sphère supérieure *gauche* (trapèze).

Couperose généralisée avec un peu de prédominance *gauche*. Dépilation diffuse.

24 novembre. — Il y a névralgie dentaire prédominante *à gauche*, point sous-orbitaire toujours prédominant *à gauche*, points névralgiques des deux côtés.

Disque nouveau immédiatement au-dessus de l'oreille *gauche* paraissant formé de deux petits disques coalescents à centre érythémateux.

La première prémolaire supérieure *gauche* est cassée, cariée et très douloureuse au stylet.

Érythrose symétrique.

La pression ne semble pas douloureuse sur les filets auriculo-temporal et temporaux.

Un peu de duvet incolore sur la plaque la première apparue, et pas du tout sur la nouvelle.

Obs. XIX. — *Pelade de barbe et de tête à droite, datant de deux mois. — Éruption douloureuse de la troisième molaire supérieure droite. — Évolution de la troisième molaire supérieure gauche. — Carie névralgique de la première prémolaire supérieure gauche ; une semaine après, pelade de tête à gauche. — Avulsion de la première prémolaire gauche ; quelques jours après, disques de barbe à gauche. — Oscillations de la névralgie latente.* — D..., 38 ans. — 23 août 1901. — Disque peladique de la zone mentonnière *droite* et de la région rétro-auriculaire *droite* (trois disques coalescents).

Disque beaucoup plus petit au-dessus de l'oreille *gauche*. Ces quatre

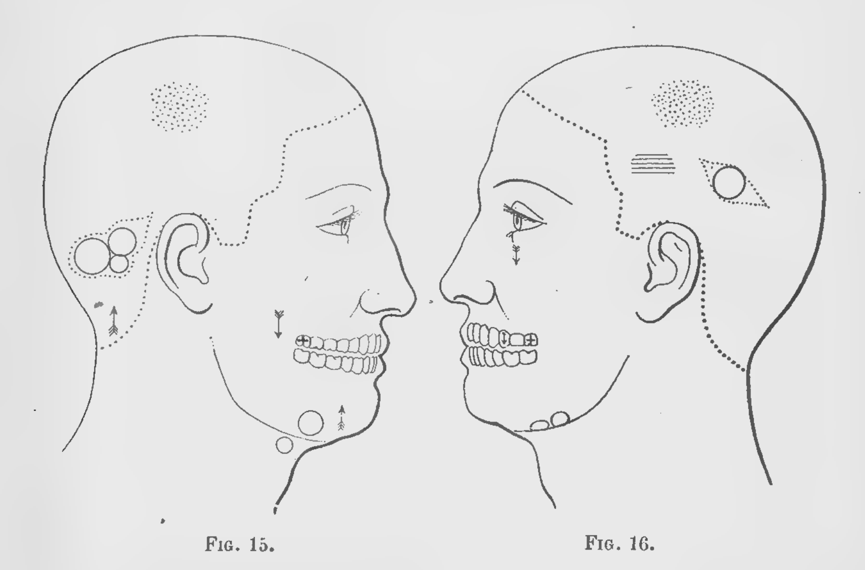


Fig. 15. Fig. 16.

disques de tête correspondent évidemment à un sillon circulaire tracé par le chapeau.

Le premier disque (mentonnier *droit*), reconnu il y a deux mois environ. Le dernier reconnu est le disque sus-auriculaire *gauche* (il y a quinze jours). Trois semaines auparavant, névralgie faciale de ce côté correspondant à une carie dentaire (première prémolaire douloureuse au stylet) ; point névralgique occipital *droit*, point névralgique mentonnier *droit*, point névralgique sous-orbitaire *gauche*. Les trois, légers d'ailleurs.

Orchidoptose droite. Malade très vigoureux, gaucher pour le travail, mais très développé musculairement des deux côtés.

Dépilation *diffuse* depuis deux mois environ.

La troisième molaire est sortie incomplètement encore au maxillaire supérieur *droit* et le malade, depuis quatre ou cinq mois, a remarqué de la gêne et une sorte de gonflement à ce niveau qui le gênait en mangeant ; à *gauche* la dent n'est pas sortie ni en voie d'apparition.

Plusieurs cicatrices irrégulières à la région occipitale sans développement peladique.

21 septembre. — La prémolaire supérieure gauche a été arrachée le 13 septembre ; douleur locale pendant deux ou trois jours.

Pas de douleur irradiée.

Point sous-orbitaire gauche assez sensible avec irradiations vers la dent.

Il semble que le disque gauche ait un peu grandi ; en tout cas, les poils qui l'entourent viennent aisément à la pince.

Nul duvet à sa surface.

Les points droits ne sont plus douloureux.

Statu quo des disques droits.

Un peu de duvet ténu, incolore et périphérique.

28 septembre. — Aux deux extrémités antérieure et postérieure du disque gauche et suivant l'axe d'application du chapeau, il y a coloration roussâtre des poils dans une étendue assez grande; ces poils semblent venir assez aisément à la pince.

La zone altérée se continue un peu en bas sur la partie inférieure de l'orbe peladique, mais pas du tout en haut.

Sur le disque lui-même, nulle trace de follets.

Par contre, accentuation du duvet sur les disques de droite, et bien nettement en périphérie.

Le point sous-orbitaire gauche est encore un peu sensible.

19 octobre. — Plus de points douloureux, gauche ou droit. Le disque gauche a un peu grandi.

Repousse plus rapide aux disques de barbe.

16 novembre. — La sensibilité latente semble égale et fort modérée. Les disques, au point de vue de la repousse, sont sensiblement dans le *statu quo*, et les poils viennent encore aisément à la pince, surtout au disque gauche.

La troisième molaire supérieure droite n'a pas évolué.

La troisième molaire supérieure gauche *est certainement à fleur de gencive.*

Les deux oreilles sont rouges, chaudes, et surtout la gauche, comme flétries et squameuses.

Les autres extrémités, nez, mains, pieds, semblent tout à fait indemnes.

Les disques de barbe sont presque guéris à gauche et fort améliorés à droite.

Obs. XX. — *Crise fébrile et névralgique. — Un mois après, pelade temporo-pariétale gauche. — Névralgie dentaire inférieure gauche. — Avulsion d'une molaire gauche; — à la suite, accroissement notable du disque peladique. — Impétigo du cuir chevelu.* — H..., 4 septembre 1901. — Disque plus grand qu'une pièce de cinq francs un peu en arrière du golfe temporo-pariétal *gauche*, reconnu en janvier 1901.

Fin décembre 1900, crise fébrile avec maux de tête violents durant trois jours.

Nul autre souvenir à ce sujet.

Cicatrices multiples du côté *gauche* de la tête. Phlébectasie à prédominance *gauche*. Dentition mauvaise et mal implantée. La deuxième grosse molaire inférieure *gauche* commence à paraître. Nanisme de la canine inférieure *gauche* et manque des première et deuxième molaires *gauches*.

A droite (*en bas*), la première molaire manque, la deuxième n'a pas achevé son évolution. La quatrième ne paraît pas encore.

Points névralgiques assez vifs des deux côtés.

En juin 1901, crise dentaire inférieure *gauche*, arrachement d'une des molaires inférieures *gauches* (première ou deuxième), et, à la suite, accroissement très net de la plaque peladique qui, de la dimension d'une pièce d'un franc, a passé à un diamètre supérieur à celui d'une pièce de cinq francs. Au même moment, il y aurait eu de la « gourme » sur le disque même et très certainement aussi autour de lui, ce qui explique les cicatrices encore rouges et dépilées qui existent.

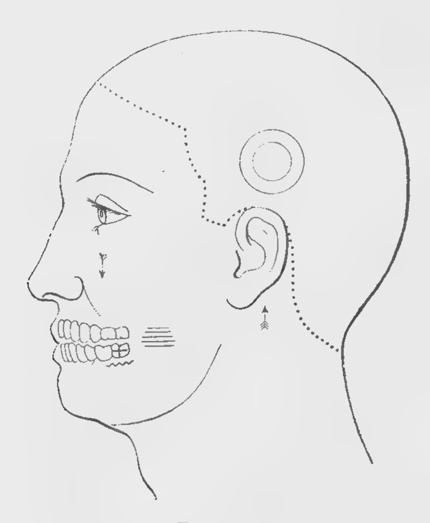


Fig. 17.

21 novembre. — Repousse très nette sur le disque.

Il y a eu, voici quelques jours, du côté droit particulièrement, de petites zones où les poils paraissaient secs et ternes, comme poudreux. Aujourd'hui, en deux ou trois de ces places, les poils sont tombés laissant un petit disque glabre où la peau est lisse et un peu atrophique. Une papule notée le même jour, de couleur rose et d'aspect plein, solide, existe encore aujourd'hui un peu plus pâle et *sans trace de suppuration*.

En deux autres points, existe profondément un peu de tuméfaction comme correspondant à un petit nodule dermique. A ce niveau et tout autour dans l'étendue d'une pièce de vingt centimes, le cuir chevelu est rougeâtre et squameux.

Dentition. — Même état.

Points névralgiques toujours vifs.

Obs. XXI. — *Névralgies faciales pré-peladiques gauches. — Évolution de la dent de sagesse supérieure gauche, non évoluée à droite. — Disque de la nuque à gauche. — Hémi-hyperesthésie névro-musculaire gauche. — Soupçon de tuberculose à gauche. — Pseudo-contagion peladique.* — Mme T..., 26 ans, 23 août 1901. — Disque peladique égal à une pièce de un franc au côté *gauche* de la nuque : il a été reconnu il y a deux mois et demi environ.

Névralgies fort douloureuses pendant tout l'hiver dans le côté *gauche* de la face.

Points névralgiques : douloureux à la pression du côté *gauche*, surtout le point occipital ; insensibles à *droite*.

Examen dentaire par le Dr Gaumerais. — La troisième molaire supérieure *gauche* est en évolution, et encore partiellement recouverte de gencive.

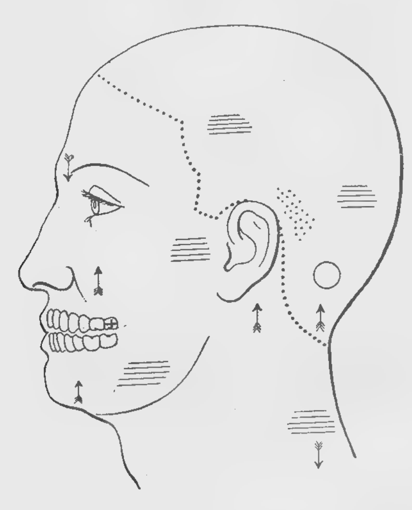


Fig. 18.

Également en haut et à *gauche*, persistance de la canine de lait et absence de la canine permanente.

En haut *à droite*, absence de la troisième molaire.

La première prémolaire supérieure droite, la première molaire inférieure droite et la deuxième molaire inférieure gauche ont éte arrachées il y a six sept à ans, à la suite de névralgies violentes.

Migraines très fréquentes.

Il y a cinq ans, fistule à l'anus et douleurs vives et prolongées dans le bas-ventre à gauche, avec inflammation des intestins.

Soupçon de bacillose pulmonaire à *gauche :* toux sèche assez fréquente, obscurité respiratoire et hémi-hyperesthésie névro-musculaire nettement systématisée à *gauche;* il y a très nettement sensibilité des muscles de la langue à *gauche.*

21 septembre. — Même état des points névralgiques ; depuis quelques jours, douleurs de tête à prédominance temporale *gauche.* Il semble y avoir

un peu d'éclaircissement dans la bordure postérieure *gauche* du cuir chevelu. Quelques follets de repousse sur le disque occipital.

24 octobre. — Sensiblement même état (1).

Critérium sympathique.

Voilà donc établie une relation double, *chronologique* et *topographique*, entre crise trigémellaire et pelade.

Jusqu'ici, j'ai étudié seulement les rapports de la dermatose avec des phénomènes *subjectifs* plus ou moins grossiers, tels que me les fournissaient les souvenirs du malade. Et certes nous sommes loin d'avoir épuisé l'intérêt qui s'attache à ces faits mêmes. Mais je me borne de parti pris *au constat brut* de ces sensations dans la sphère du trijumeau, constat qui pour le moment seul m'importe (2).

Je vais maintenant faire intervenir l'examen *objectif* des malades: il est peu croyable qu'il n'ajoute rien à ce qui précède.

En effet, une série de phénomènes vaso-moteurs, thermiques, fluxionnaires, trophiques, sensitifs, etc., les uns rares, d'autres fréquents, viennent se juxtaposer aux précédents, et former avec eux un faisceau pathologique, un *syndrome*, dont l'anatomie nous révèlera la signification.

Le plus rare est le *coryza ;* je l'ai observé seulement deux fois, dont une seule fois (obs. IV) limité à la narine du côté névralgié et peladique (3) : *hémi-coryza*. Par sa nature fluxionnaire il se rapproche de l'*œdème*, condition et substratum de la *fluxion*, dont nous avons vu la fréquence.

Je range à côté de lui l'*épistaxis*, ou plutôt l'*hémi-épistaxis ;* rare aussi, du moins en apparence (Obs. XL); mais qui donc jusqu'ici s'est avisé qu'il pouvait y avoir liaison entre de tels phénomènes et un disque de pelade apparaissant sans doute quelques semaines *après* la cause déterminante *commune*, et reconnu d'ordinaire quelques semaines *après* son apparition ? Il faudra du temps, certes, pour orienter l'observation médicale en ce sens.

Mais voici des réactions pathologiques, plus durables et plus fréquentes : l'*érythrose*.

(1) Mme T... m'a été amenée par un de mes élèves le Dr E... avec le diagnostic : pelade *contagieuse*. La dermatose aurait été contractée d'une sœur atteinte elle aussi quelque temps auparavant. — En réalité, Mme T... déclara catégoriquement que sa sœur avait succombé quelques mois plus tôt à la phtisie pulmonaire ; que dans les derniers mois elle perdait beaucoup ses cheveux, surtout à la tempe gauche, mais sans rien qui ressemblât à son propre disque. — Quelques jours plus tard, sa mère confirma entièrement ces dires.

(2) Le lecteur attentif trouvera dans les observations de quoi combler ces lacunes dans l'étude de l'*atmosphère peladique sensitive*.

(3) Le coryza *unilatéral* est rare ; personnellement je peux pourtant témoigner aussi de son existence : je l'ai observé sur moi-même.

Elle consiste en une accentuation du *teint* physiologique des téguments faciaux, du *côté* peladique (*hémi-érythrose*).

Cette coloration est surtout manifeste à la joue, principalement la pommette, et à l'oreille; plus souvent encore elle est limitée à la pommette, ou à l'oreille (érythrose *génienne*, *auriculaire*). Elle s'exagère par l'émotion, la marche au grand air, la digestion, l'action de se baisser, etc...

L'*hyperthermie* lui est ordinairement associée : on la constate en explorant attentivement, et alternativement avec le dos des premiers doigts, les joues, surtout les pommettes et aussi en prenant largement et successivement entre le pouce et l'index le lobule de chaque oreille.

On peut apprécier ainsi des différences de 3°, plus souvent, 2°, 1°, et même 5 dixièmes de degré, comme je m'en suis assuré à diverses reprises par le thermomètre à température locale.

Ces réactions sont plus manifestes chez les sujets jeunes.

L'hyperthermie n'est pas forcément liée à l'érythrose ; j'ai noté parfois l'*hypothermie* du même côté que l'érythrose elle-même (Obs. VIII).

Il est intéressant de comparer ces constatations cliniques à celles qu'ont faites jadis Claude Bernard et Vulpian sur l'oreille du lapin après la section au cou du grand sympathique. Là aussi, du côté de la section, la dilatation vasculaire et l'hyperthermie sont la règle; mais ces savants ont relevé l'association de l'*hypothermie* à l'érythrose.

Même quand il n'y a pas eu *fluxion* proprement dite, j'ai noté assez souvent une sorte d'empâtement diffus et *sensible* de la joue dans son ensemble.

Voici maintenant des phénomènes d'ordre plus complexe et dont la liaison aux précédents paraîtra plus discutable encore, bien qu'elle soit aussi nette : l'*adénopathie* et la tuméfaction *amygdalienne* du *côté* peladique.

L'*adénopathie* a été déjà vue associée à la pelade : Blaschko en a fait état pour appuyer le parasitisme. Mais on n'a fait allusion qu'aux glandes de la tête, à l'occiput notamment; je l'ai vue aussi, surtout dans les pelades récentes des enfants, et, m'a-t-il paru, ayant subi une irritation thérapeutique, notamment par la teinture d'iode. Au total, je crois ces constatations exactes.

Mais pour ma part je signale plus particulièrement l'adénopathie *sous-maxillaire*, souvent douloureuse et ayant son maximum en nombre, grosseur et sensibilité, *du côté peladique*. Cela est vrai surtout des pelades infantiles *récentes*.

Et cela est assez souvent lié à l'hypertrophie *amygdalienne* du même côté, avec ou sans rougeur localisée de l'isthme. Parfois, en

ces cas, on peut retrouver à quelque distance, dans les souvenirs des malades, la trace d'une phase de déglutition plus ou moins douloureuse, ou même encore d'une véritable angine.

Obs. XXII. — *Éruption à peu près simultanée des troisièmes molaires inférieures. — Surmenage. — Névralgie temporo-pariétale droite. — Pelade à droite. — Hyperesthésie droite. — Hypertrophie de l'amygdale droite. — Adénopathie sous-maxillaire droite, puis gauche. — Érythrose et fluxion droites.* — Mlle M..., 18 ans. — 12 novembre 1901. — Mère obèse, mauvaise dentition ; grand'mère maternelle, mauvaise dentition aussi.

Père un peu chauve ; bonne dentition.

Mlle M..., en juillet 1900 prépare un examen et se surmène ; dort moins bien, a quelques maux de tête ; les cheveux seraient tombés diffusément.

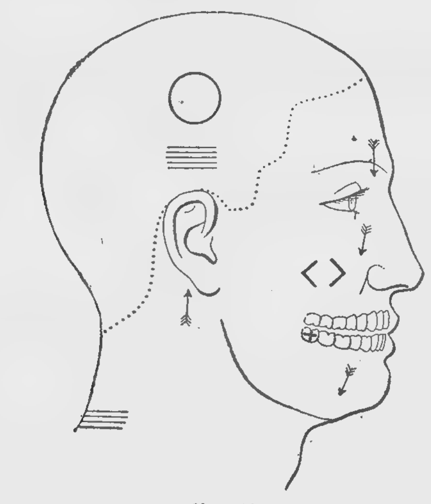


Fig. 19.

Il y a huit ou dix jours, quelques douleurs névralgiques, à la région temporo-pariétale *droite.* A peu près en même temps, disque peladique *droit.*

État actuel. — Disque rond typique situé à la région fronto-pariétale ; de la dimension d'une pièce d'un franc, absolument glabre, nettement atrophique et hypotonique, quelques orifices glandulaires dilatés, mais pas d'issue de cocons, pas de rosée sudorale.

Érythrose faciale à maximum *droit.*

Bouffissure légère de la joue *droite.*

Hyperesthésie névro-musculaire faciale et cervicale, *à droite.*

Hypertrophie de l'amygdale *droite.*

Adénopathie sous-maxillaire *droite.*

La dent de sagesse inférieure *droite* est *sous* la gencive, la dent de sagesse *gauche* commence à percer.

1er décembre. — La dent *droite* a fait éruption.

L'hyperesthésie névro-musculaire a disparu.

L'érythrose a diminué et semble égale des deux côtés.

Persistance de l'adénopathie qui a peut-être un peu augmenté à *gauche.*

La joue *droite* me semble, ainsi qu'à tous mes élèves, plus flasque que la gauche.

Repousse manifeste sur toute l'étendue du disque.

15 décembre. — Accentuation de la repousse. Disparition de l'hyperesthésie. Adénopathie toujours notable.

5 janvier 1902. — Je revois Mlle M... : elle a complètement guéri « peu de temps après » sa visite de décembre.

Obs. XXIII. — *Pelade péri-cicatricielle à droite. — Éruption de molaire inférieure presque terminée à gauche, commençante à droite. — Adénopathie douloureuse sous-maxillaire surtout droite. — Hyperesthésie névro-musculaire droite.* — P..., 10 ans 1/2. — 9 août 1901. — Cicatricule très nette de la région pariéto-occipitale *droite* datant de un an environ et ayant depuis un mois (?) (au dire de la mère) servi de point de départ à une dépilation égale à l'aire d'une pièce de un franc. La limite inférieure de la lésion

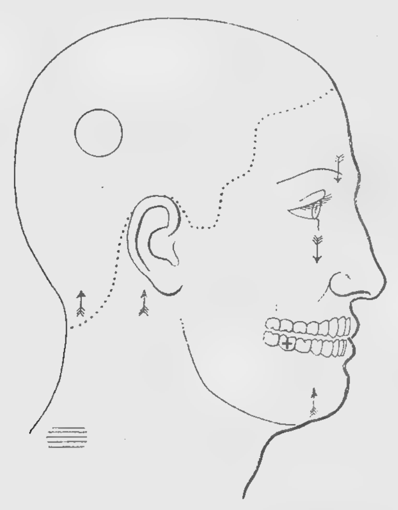


Fig. 20.

affleure une autre cicatrice lenticulaire. Enfant très impressionnable. Lipothymie pendant l'examen.

Une molaire est en voie d'apparition des deux côtés du maxillaire inférieur. A *gauche*, presque complètement libérée ; à *droite* on la sent très nettement sous la gencive ; des deux côtés, mais surtout à *droite*, engorgement ganglionnaire douloureux. Points névralgiques faciaux prédominants à *droite* et hyperesthésie musculaire de la sphère supérieure *droite.*

25 août. — La molaire gauche est tout à fait libérée.

La sensibilité de pression est très prédominante à *droite* (points, nerfs et muscles). Point occipital notamment.

L'engorgement ganglionnaire est encore très marqué. Nulle repousse.

Obs. XXIV (résumée). — *Pelade à droite. — Adénopathie sous-maxillaire à maximum droit très net. — Tuméfaction amygdalienne droite. — Érythrose et hyperthermie droites. — Gencive rouge, tuméfiée, saillante à droite.* — V. L..., enfant de 7 ans; observé à la policlinique des Enfants-Malades, service de Grancher.

Obs. XXV. — *Pelade prédominante à droite. — Adénopathie sous-maxillaire et hypertrophie amygdalienne prédominantes à droite.* — Th. M..., 8 ans. (Enfants-malades. Policlinique dermatologique du service de Grancher.

Plaques irrégulières, hypotoniques, à la région rétro-auriculaire *droite*; une clairière à la racine de la nuque à *droite.*

Un disque *très petit* à la région pariéto-frontale *gauche* antérieure.

Quelques lentes; pas d'impétigo.

La pelade date environ d'un mois.

Dentition mauvaise. Plusieurs caries dentaires.

Les deux oreilles ont coulé précédemment, elles sont sèches aujourd'hui.

Strabisme à droite.

L'enfant a l'air *endormi, inerte,* et se trouve manifestement en état cataleptoïde. — Il mange et dort bien.

Hypertrophie de l'amygdale *droite.*

Adénopathie sous-maxillaire très prédominante à *droite.*

Abaissement de la commissure labiale *droite.*

Obs. XXVI (résumé). — *Disque peladique de la région pariéto-frontale droite. — Grosse carie à droite. — Hypertrophie amygdalienne droite. — Joue droite légèrement flaccide* (?). — H. L..., 7 ans. — Observé le 6 février 1901 à la policlinique des Enfants-Malades, service du Pr Grancher.

Le disque, égal à une pièce de 50 centimes, est légèrement déprimé et date de deux semaines.

Obs. XXVII. — *Perlèche. — Pelade droite incomplète. — Érythrose auriculaire et hyperthermie droites. — Pléiade adénopathique sous-maxillaire droite. — Hypertrophie amygdalienne surtout droite.* — M. Louis, 7 ans. — Service du Pr Grancher, aux Enfants-Malades.

Dépilation irrégulière, incomplète, large comme la paume de la main à la partie postérieure de la base pariétale *droite*, datant de juillet-août 1901.

Érythrose auriculaire et hyperthermie extrêmement marquée à *droite.*

Pléiade adénopathique sous-maxillaire *droite* très nette.

Amygdales tuméfiées, la *droite* plus que la gauche.

Nulle perturbation sensitive spontanée ou provoquée.

Le maxillaire inférieur *droit* présente, à son extrémité postéro-interne, une tuméfaction, n'existant pas à gauche.

Perlèche commissurale double.

Mais les troubles *objectifs* de la sensibilité sont les plus fréquents de ces phénomènes liés topographiquement et chronologiquement à l'évolution du neuro-peladisme. Je ne veux point parler des paresthésies du cuir chevelu ou de la barbe déjà connues, et que j'ai vues moi aussi, mais de troubles plus profonds et plus fréquents :

à savoir l'hyperesthésie LATENTE des troncs nerveux, et parfois des muscles, du *côté malade*.

Quels rapports entre les troubles précédents, l'hyperesthésie sous-jacente, et la pelade elle-même? Peu importe pour le moment.

Voici quel est ce symptôme : on sait, de manière générale, ce que sont, dans les névralgies, les points douloureux de Valleix, ceux notamment qui correspondent à l'émergence des troncs nerveux : en fait, ils existent partout où l'on peut aisément comprimer un tronc nerveux entre un plan résistant et la pulpe digitale et témoignent de l'état de souffrance du nerf. Or ces points douloureux survivent, et longtemps parfois, à la névralgie *consciente* qu'ils accompagnaient; je les ai trouvés et étudiés dans la pelade *désormais indolente depuis des semaines ou des mois*. Bien plus : ils peuvent exister, sans que *jamais* nulle sensation névralgique quelconque ait été perçue : on trouvera, dans ce travail un grand nombre d'exemples de ce fait important, à savoir que le neuro-peladisme possède, en la névralgie latente, un témoin sensitif MUET.

Voici par exemple le malade de l'obs. VIII. Depuis déjà deux mois, époque où il eut à subir sa crise névralgique, nulle douleur ne l'a importuné. Mais je presse en certains points que je vais préciser, et du côté *peladique* je provoquerai une douleur plus ou moins vive, nettement prédominante sur celle qu'une pression égale ou supérieure éveille de l'autre côté. Ces sensations d'un côté à l'autre ne diffèrent pas seulement en *quantité*, mais en *qualité :* les personnes capables de définir leurs impressions déclarent que la pression, du côté sain, éveille une douleur *sourde;* du côté lésé, une douleur plus ou moins lancinante, *aiguë*.

Il ne faut pas croire que *d'emblée* et sans nulle éducation préalable, on saura explorer convenablement les points névralgiques :

Si l'on veut y parvenir, il faut : 1° Avoir une connaissance précise exacte, et non point vague, de leur situation anatomique;

2° Faire patiemment leur recherche et leur exploration avec la pulpe digitale de l'index droit, l'ongle de ce doigt étant coupé ras;

3° Le point étant exactement déterminé des deux côtés, exercer une pression douce d'abord, puis graduelle et la répéter à plusieurs reprises alternativement, de manière aussi *égale* que possible de chaque côté.

Cela dit, voici les principaux parmi ces points.

Le point *sus-orbitaire*, correspondant à l'échancrure sus-orbitaire et au passage du nerf frontal externe : l'échancrure se trouve en moyenne à 25 ou 30 millimètres de la ligne médiane (1).

La pulpe digitale, pour trouver l'échancrure, doit contourner

(1) P. POIRIER, in POIRIER et CHARPY, *Traité d'Anatomie humaine*, 1re édit., t. I, p. 435.

doucement le rebord arrondi de l'arcade, plonger légèrement dans l'orbite : elle sentira alors aisément la petite dépression qui lui correspond.

Le point *sous-orbitaire*, correspondant au trou sous-orbitaire, situé à 6 ou 10 millimètres au-dessous du bord orbitaire du maxillaire supérieur.

Le point *mentonnier*, correspondant au trou mentonnier, orifice

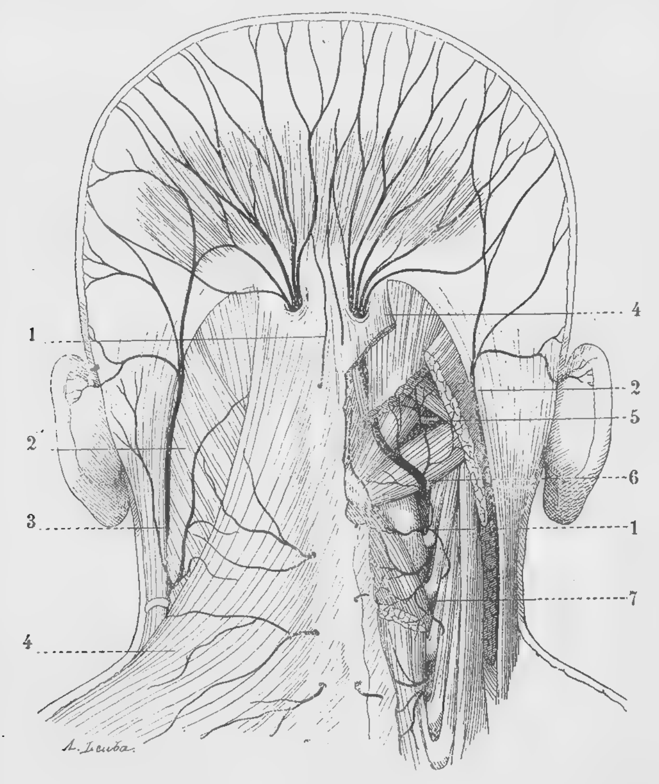


Fig. 21. — 1. 1. 3ᵉ nerf cervical. — 2. 2. Splénius. — 3. Branche mastoïdienne. — 4. 4. Trapèze. — 5. Petit nerf occipital. — 6. Grand nerf occipital d'Arnold, traversant l'angle formé par le grand droit et le grand oblique de la nuque, et où la pression éveille le point *sous-occipital*. — 7. 7. 5ᵉ nerf cervical.

du canal dentaire par lequel émerge le nerf *dentaire* inférieur. Le trou mentonnier est en général sur la verticale passant par la première prémolaire, presque à égale distance du bord alvéolaire et du bord libre de l'os.

Le point sous-auriculaire, correspondant à l'émergence du nerf auriculo-temporal et des filets destinés au conduit auditif externe : on le trouve dans la fosse rétro-maxillaire, immédiatement au-dessous du conduit auditif externe. C'est un point fort sensible, de ma-

nière à peu près constante, et qui, chez les hyperesthésiques, acquiert une *extrême acuité.*

Enfin le point *sous-occipital*, ignoré des auteurs, mal repéré par moi, je le crains, mais *très vif* chez les malades : il correspond, *je crois*, au-dessous de l'occipital, au point où le tronc du nerf d'Arnold croise l'angle formé par le grand droit et le grand oblique de la nuque (voir fig. 21).

La recherche de ces points exige quelques ménagements : j'ai vu des malades qui après elle ont conservé, du côté hyperesthésique, des sensations pénibles pendant plusieurs jours.

J'ajoute que *tous* ces points ne sont pas *toujours* en état d'hyperesthésie latente chez *tous* ces malades : on peut relever seulement un, deux, trois ou quatre d'entre eux.

Quand cette étude aura été poussée plus à fond, je pense qu'elle pourra parfois guider dans la recherche de l'épine irritative peladogène : quand on arrive aux points hypersensibles, il faut alors suivre la voie nerveuse indiquée : on approche, *on brûle*, comme on dit aux jeux d'enfants.

Pour le moment, voilà ce que je puis dire à titre général :

La névralgie *latente* est très fréquente chez les peladiques, *qu'ils aient eu ou non une névralgie spontanée.*

En règle, elle existe seulement *du côté* de la pelade.

Elle peut exister des *deux* côtés avec une pelade *unilatérale;* mais quand elle existe d'un seul côté, elle est *toujours* homologue à la pelade.

Quand dans une pelade bilatérale, la névralgie latente existe, elle est *toujours* bilatérale, elle aussi.

L'*hyperesthésie musculaire*, c'est-à-dire la sensibilité *objective* des muscles à la pression et surtout au pincement, est beaucoup moins fréquente ; elle semble obéir aux mêmes lois localisatrices que celle des troncs nerveux.

Toutes deux ont leur maximum de fréquence à la sphère faciale, mais elles dépassent souvent de beaucoup ces limites et peuvent être généralisées, ou systématisées à une moitié du corps (syndrome sensitif de Weill).

Résumons cet ensemble pathologique : un faisceau de symptômes ou, si l'on veut, un *syndrome*, à manifestations variées : névralgies spontanées, fluxions névralgiques, épistaxis, coryza, érythrose, hyperthermie ou hypothermie faciales, adénopathies, tuméfaction amygdalienne, sont liés *chronologiquement* et *topographiquement* à la pelade, et ils ont comme elle-même une sorte d'arrière-plan, de sous-sol pathologique, de substratum, formé par l'hyperesthésie *latente* et *profonde* des nerfs et des muscles, ou seulement des nerfs.

Ce sont donc là, *proprement*, des phénomènes SYMPATHIQUES, pour

employer un des termes les mieux faits de la langue médicale, c'est-à-dire des *souffrances simultanées* (1) de tissus ou d'organes différents.

Il est *à priori* peu probable que ces divers tissus ou organes souffrent *ensemble*, sans qu'il y ait à l'origine de cette souffrance *commune* une cause *commune*. Qui pourrait croire que ce sont là autant de maladies *différentes* que seul le hasard a réunies ?

Cherchons donc le *primum movens* de ce syndrome.

C'est ici qu'il convient de rappeler la formule synthétisant les expériences à la fois oubliées et mémorables de Brown-Séquard : « l'irritation expérimentale de certains points du système nerveux modifie l'équilibre sensitif de l'organisme en son entier » (2).

C'est là une haute loi de biologie générale dont la clinique offre d'incessants exemples : notre syndrome sensitif, sécrétoire, trophique, trahit bien, lui aussi, une irradiation partie d'une épine irritative profonde, chaque tissu réagissant selon sa modalité propre. Et comme c'est la sphère inférieure du trijumeau qui est, en intensité comme en fréquence, le point *nodal* des faits que nous étudions, il est logique de porter là nos recherches.

Or quel est, dans la sphère d'innervation du trijumeau, l'appareil qui par des irritations répétées, peut ainsi mettre en branle la série de réactions variée, banale, et sans doute *bien incomplète*, que je viens d'énumérer ?

Ni l'œil, ni les fosses nasales, ne paraissent répondre à cette condition.

L'appareil dentaire, par contre, semble *a priori* les réaliser : l'évolution successive des deux dentitions imprime une série d'ébranlements irritatifs à la gencive, tissu dont l'innervation est fort riche. De plus, chaque dent, organe d'innervation plus riche encore, par les lésions propres dont elle peut être le centre, ou le siège, vient fournir de nombreux points de départ à l'irritation pathologique. Voyons donc si les faits confirment cette hypothèse. *(A suivre.)*

(1) Sympathie, de συν et παθός, passion, affection et maladie.

Je lis dans la thèse de Galetti, à propos du mot *sympathie* : « Hélas ! nous en sommes presque encore là ; combien de fois dans la science même contemporaine, ne retrouvons-nous pas cette formule qui rappelle celle de la Renaissance, *natura abhorret vacuum*, cette formule qui, en exprimant un fait d'observations, croit en donner le pourquoi et ne le donne pas. » (GALETTI. *La question des séborrhées*, p. 16).

Et voilà comme on s'accorde !

(2) BROWN-SÉQUARD. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences* et *Bull. de la Soc. de biol.*, 1879 à 1896, *passim*.

UN CAS DE PHLYCTÉNOSE RÉCIDIVANTE DES EXTRÉMITÉS.

Par **M. Carle**,
Chef de clinique à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.

M. Audry a récemment réuni (1), sous le nom de : phlycténoses récidivantes des extrémités, huit observations d'une affection peu connue, mais dont les symptômes rapprochés paraissent assez caractéristiques et assez constants pour en faire un type morbide défini. Décrit pour la première fois par M. Hallopeau, sous le nom d'acrodermatites continues (2), ce syndrome est caractérisé par l'apparition spontanée sur les extrémités de quelques grosses vésicules auxquelles succèdent généralement des phlyctènes arrondies et peu saillantes, logées dans l'épaisseur de l'épiderme. Elles peuvent disparaître assez vite par desquamation du couvercle épidermique ou érosion, à moins qu'elles ne persistent, créant en leur lieu et place des lésions suppuratives ou mutilantes, avec participation habituelle de l'ongle. Le caractère essentiel de ces lésions est de reparaître indéfiniment à intervalles plus ou moins éloignés, toujours localisées aux mêmes points et toujours objectivement identiques à elles-mêmes, quel que soit l'âge de la maladie.

Cet article m'intéressa d'autant plus que depuis plusieurs mois je me trouvais en présence d'un cas analogue, à la consultation gratuite de l'Antiquaille. Une jeune femme de vingt-neuf ans revenait avec une régularité désespérante toutes les trois semaines environ, me montrer quelques vésicules ou phlyctènes spontanément poussées sur l'annulaire gauche. Dès l'abord, cette lésion me surprit par l'aspect spécial des vésicules, qui ne pouvaient être ni de la dyshidrose, ni de l'eczéma, ni de l'herpès, et par leur réunion en phlyctènes tout à fait différentes de celles du pemphigus ou de la dermatose de Duhring. D'ailleurs l'ancienneté et la fixité des manifestations révélées par la malade écartaient la plupart de ces hypothèses. Tout en faisant de multiples essais thérapeutiques, je cherchais à classer cette affection au moins curieuse, lorsque le travail si précis de M. Audry vint fixer mes hésitations. L'identité des symptômes décrits par MM. Hallopeau et Audry avec ceux que je venais d'observer était frappante. J'ai revu cette malade, dont l'observation peut présenter quelque intérêt, étant donnée l'actualité de la question.

(1) Ch. Audry. Les phlycténoses récidivantes des extrémités (Acrodermatites continues de Hallopeau). *Annales de Dermatologie*, novembre 1901, p. 913.

(2) Hallopeau. Polydactylites suppuratives récidivantes. *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 423, et *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 514.

Observation. — Jeanne G..., âgée de 29 ans, ménagère, mariée, sans enfants, demeurant à Lyon.

Aucun enseignement à tirer des antécédents héréditaires ou personnels. Les parents sont morts âgés, sans autres enfants. Elle-même n'a jamais été malade. Ni maladies aiguës, ni diathèses ; pas d'affections infantiles ou juvéniles. Elle ne croit pas avoir la peau exceptionnellement délicate et n'est sujette ni aux eczémas, ni aux dartres. Pas de séborrhée du cuir chevelu, jamais de douleurs rhumatismales.

L'affection dont elle se plaint actuellement a débuté pendant l'été de l'année 1896, juin ou juillet, au moment des époques. Ressentant au niveau de l'annulaire gauche quelques picotements insolites, la malade constata l'apparition de huit à dix vésicules sur ce doigt. Elles étaient assez régulièrement alignées le long de la face interne depuis la racine jusqu'à 1 centimètre de l'ongle environ. Rien à l'ongle, ni sur les autres doigts.

Ces vésicules étaient grosses comme des têtes d'épingle et d'un volume uniforme. Elles contenaient un liquide clair et transparent comme de l'eau Tout ce côté du doigt était rouge et tendu, surtout autour des vésicules. Comme phénomènes subjectifs, outre ces picotements, quelques lancées douloureuses de temps à autre, et une sensation de tension, de gêne qui oblige la malade à garder habituellement le doigt demi-fléchi pendant toute la durée de l'éruption.

En vingt-quatre ou quarante-huit heures une transformation s'accomplit sous les yeux de la malade. Les vésicules s'étendent, les plus voisines se touchent, se rejoignent, se fondent, sans se rompre. Si bien que quatre à cinq jours après le début, les huit ou dix vésicules sont devenues trois ou quatre phlyctènes, larges comme des pièces de vingt centimes, de cinquante centimes au plus, également échelonnées le long de la face interne de l'annulaire, au lieu et place des vésicules. La pellicule recouvrante est moins tendue, elle paraît grisâtre et semble se couvrir de pus, au dire de la malade, qui, la soulevant avec une aiguille, fait écouler une humeur un peu trouble. La peau est en général moins rouge, moins lisse, mais autour de chaque phlyctène se dessine un fin liséré franchement rouge, large d'un millimètre ou deux, aréolant très nettement la petite collection liquide. L'extension du doigt est plus facile, les douleurs moindres.

Sous l'influence d'un frottement, d'une piqûre (la malade s'amuse à les percer) la phlyctène s'affaisse, s'ouvre, laissant une petite érosion qui disparaît très vite ; les autres se dessèchent avec la même rapidité. Les symptômes fonctionnels disparaissent ; la peau reprend sa couleur normale.

Tout ceci se passe en huit à douze jours, *au plus*. Chaque jour amène sa petite poussée de quatre à six vésicules qui suivent toutes et très régulièrement l'évolution ci-dessus décrite. La période d'acmé passée (une huitaine de jours en moyenne), rien ne reparaît plus jusqu'à la nouvelle poussée.

Telle est l'histoire de la première éruption. Et pendant les trois années qui suivirent jusqu'en 1899, pareil phénomène se reproduisit sans aucune modification. La malade insiste sur la régularité des poussées éruptives, coïncidant toujours avec les époques, jusqu'en 1899 du moins.

La bénignité de l'affection permettait à la malade de continuer son travail. Cependant la persistance des vésicules la décidèrent à essayer un

traitement, et elle se soumit, au cours de 1899 et de 1900, à de nombreuses piqûres de « sérum » (?) pratiquées par un médecin de l'hôpital homœopathique.

Au cours de 1900, nous relevons, à côté des mêmes phénomènes toujours persistants :

1° Un envahissement par les manifestations éruptives d'une partie de la face palmaire, sur une surface d'ailleurs limitée, du diamètre d'une pièce de un franc, immédiatement contiguë à l'annulaire, allant dans le sens transversal du médius au petit doigt, ne dépassant pas, en bas, le pli palmaire supérieur. Mêmes caractères que les précédentes et même durée.

2° De l'enflure de la main et du doigt au cours des poussées. Cette enflure est généralisée et persiste quelque temps après l'éruption, sans douleurs bien vives, mais entraînant une gêne bien plus appréciable dans les mouvements.

3° Une poussée boutonneuse sur la langue, qui dura également huit jours. La malade affirme que les boutons avaient tous les caractères de ceux des doigts.

4° Le contenu des phlyctènes est devenu de plus en plus trouble, et le liquide qui s'en écoule est presque purulent, quoique toujours très peu épais et peu abondant.

En 1901, la malade essaie chez un praticien de Lyon, spécialiste de la médication par l'air chaud, un traitement suivi. Cette thérapeutique, rigoureusement appliquée, a pour résultat d'amener une brûlure au troisième degré de toute la région, avec ulcération profonde, dénudation des tissus, mise à nu de l'os, affirme la malade. Un traitement antiseptique et des poudrages amènent en un mois et demi le bourgeonnement et la cicatrisation. Cependant, il en résulte une bride vicieuse entre la phalange et la phalangine de l'annulaire, et l'extension complète est impossible depuis cette époque.

C'est alors que la malade se présente à la consultation de l'Antiquaille, service de M. le professeur Gailleton. Je la vois pour la première fois le 7 juin 1901. Elle était alors en pleine poussée. Je constatai sur la face interne de l'annulaire gauche, débordant légèrement sur la face palmaire, une dizaine de vésicules reposant sur un fond uniformément rouge, et une phlyctène au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Ces vésicules étaient plus volumineuses et plus proéminentes que celles des poussées herpétiques ou eczémateuses, se rapprochant plutôt de la dyshidrose. La phlyctène était surtout curieuse par sa localisation intracutanée, par son peu de saillie au-dessus des téguments voisins, son aréole rouge vif.

Je soulevai le couvercle avec une épingle et trouvai un petit lac de liquide trouble, ayant l'aspect d'un pois très peu consistant et plutôt clair. Le couvercle lui-même était constitué par un épiderme blanchâtre, dont les couches les plus superficielles desquamaient déjà.

Ne sachant trop à quoi rattacher cette singulière lésion, surtout après avoir pris connaissance de son ancienneté et de sa marche, j'ordonnai simplement des lavages. L'affection évolua sous mes yeux de la façon que j'ai rapportée plus haut, ce qui correspondait fidèlement au récit fait par la

malade, d'ailleurs intelligente et s'expliquant fort bien. La durée est toujours de huit à dix jours, les douleurs peu marquées, la gène des mouvements plus grande depuis l'accident dû à l'air chaud. Le fond est toujours rouge, œdémateux et un peu squameux dans l'intervalle des poussées. De plus, celles-ci surviennent indifféremment pendant les époques menstruelles ou dans l'intervalle; il n'y a plus de rapports entre elles. L'ongle est toujours indemne. Pas de troubles de sensibilité. Le doigt est effilé, la peau lisse, presque sclérodermique.

Les autres organes sont sains. Rien dans l'urine. Le liquide des phlyctènes contenait des staphylocoques en petite quantité.

De plus, la malade souffrait depuis fort longtemps de pertes blanches abondantes, accompagnées de douleurs à la miction et d'un léger degré de vaginisme. Elle venait donc très fréquemment à l'hôpital pour se faire laver ou cautériser, et je pus ainsi assister à quelques éruptions semblables.

J'essayai tout d'abord (juin-juillet) des badigeonnages de la région malade avec de la teinture d'iode, puis du nitrate d'argent au cinquantième et au vingtième, sans résultats appréciables. Depuis le mois d'août, la malade venant régulièrement dès l'apparition des vésicules, je pris l'habitude de les ponctionner d'un coup d'électro-cautère assez profond, allant jusque dans le derme et l'hypoderme. Une phlyctène survenant, le couvercle était enlevé, le fond nettoyé, et on parsemait toute la surface érodée de fines pointes de feu, toujours avec l'électro-cautère. Lavage consécutif et pansement avec une poudre quelconque, dermatol ou aristol.

Devons-nous à ce traitement énergique la cessation des accidents? En tout cas, les éruptions ont disparu depuis trois mois, et comme ce fait ne s'était pas produit depuis quatre ans, la malade le souligne avec quelque satisfaction, sans croire d'ailleurs elle-même à une guérison définitive. Elle m'a formellement promis de revenir de suite en cas de poussées nouvelles.

Cette observation confirme les conclusions de l'article de M. Audry et précise certains points :

1° La fixité de la lésion, et comme localisation et comme forme. Au bout de nombre d'années, on voit l'affection se manifester par des lésions toujours semblables, un peu envahissantes dans quelques cas, mais en somme revenant toujours aux mêmes points.

2° Leur intermittence, quelquefois régulière (1). Notons la concomitance avec les époques menstruelles, remarquée pendant trois ans par notre malade.

3° Le prurit, ou plutôt la cuisson, la gêne des mouvements, tous deux d'ailleurs peu marqués, et l'absence de phénomènes douloureux intenses.

4° Le caractère très particulier des phlyctènes, intra-épidermiques, peu saillantes, couvertes par des feuillets prêts à desquamer,

(1) Audry. Phlycténose récidivante. *Annales de Dermatologie*, 1899, p. 573.

légèrement aréolées d'un liséré rougeâtre, sans réaction inflammatoire. Ressemblant plutôt à des lacs de pus, à des dépôts purulents qu'à des phlyctènes. N'étant ni la phlyctène gonflée et superficielle du pemphigus, ni une pustule, bien qu'elles soient quelquefois qualifiées ainsi. Plusieurs fois on a retrouvé des staphylocoques dans le liquide des phlyctènes.

5° L'absence de phénomènes généraux et de toute manifestation diathésique ou infectieuse.

6° L'absence de complications septiques.

7° On a signalé la concomitance de lésions linguales, peut-être identiques. Ma malade en a présenté, mais je n'ai pu les voir. Je signale la possibilité de cette localisation, déjà relevée d'ailleurs par M. Audry.

8° M. Audry admet trois classes de ces phlycténoses : une forme maligne, progressive, une forme type, mutilante et suppurative (avec participation constante de l'ongle), une forme fruste ou avortée (apparition spontanée et éphémère de vésicules et de phlyctènes). Mon nouveau cas rentre indubitablement dans cette troisième classe. Peut-être y aurait-il intérêt à ne pas considérer comme type les formes suppuratives seules. Les infections secondaires peuvent fort bien prendre à leur apparition une part importante. Au lieu que la lésion intéressante, la plus simple, la première en date, et bien souvent la seule, est représentée par cette éruption spontanée de vésicules et de phlyctènes à caractères spéciaux, sur un point quelconque des extrémités. L'une conduit-elle à l'autre ? les deux formes n'ont-elles aucun lien? D'autres observations pourront le décider.

9° La pathogénie de l'affection est évidemment délicate. Cependant notre observation appuie l'hypothèse de M. Audry qui pencherait pour une névrite périphérique originelle plutôt que pour une polydactylite suppurative d'origine septique (Hallopeau) ou une trophonévrose d'origine centrale (Vidal). Les lésions, dans notre cas, étaient exactement localisées sur le territoire du collatéral interne de l'annulaire et des branches qu'il émet à sa racine. Les observations 5, 6, 7, 9 réunies dans le travail de M. Audry se rapportent également à des localisations très nettes.

10° Je signale enfin le succès, peut-être temporaire, que j'ai obtenu par l'emploi de l'électro-cautérisation, systématiquement appliquée sous forme de pointes de feu sur toutes les vésicules ou phlyctènes, et dès leur apparition.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1902.

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Chancres successifs, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE. (Discussion : MM. JULLIEN, VÉRITÉ, BESNIER, BALZER, BARTHÉLEMY, VERRIÈRES, GAUCHER.) — Sur un cas d'angiokératome coexistant avec un lupus pernio et la tuberculose pulmonaire ; tuberculides familiales, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. — Lésions des ongles au cours d'une pelade vitiligineuse généralisée, par M. AUDRY. — Pathogénie des affections dites para-syphilitiques, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, BALZER et VÉRITÉ.) — Forme rare de chancre lingual, par M. DANLOS. — Hérédo-syphilis sans lésions dentaires, par M. DANLOS. — Mycosis fongoïde, par M. DANLOS. (Discussion : M. LEREDDE.)

Ouvrages offerts à la Société.

MARMONIER. — Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, Paris, 1902

Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale. Fascicules 1 à 6, Paris, 1901.

A. FOURNIER. — Pour nos fils quand ils auront dix-huit ans. Quelques conseils d'un médecin. Extr. : *Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, 1901.

COLOMBINI. — Ueber die Pathogenese des venerischen Bubo. Extr. : *Dermatologische Zeitschrifft*, 1901.

FRANÇOIS. — Notice sur l'Hôpital dermatologique Nottebohm. Extr. : *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1901.

Chancres successifs.

Par MM. E. GAUCHER et LACAPÈRE.

Le 14 janvier 1902, se présente à notre consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, envoyé par notre collègue M. Vaquez, un homme de soixante-quinze ans, porteur d'une tumeur de la peau située sur le bord droit du maxillaire inférieur, immédiatement en arrière du menton.

Cette tumeur, d'un rose assez pâle, saigne au moindre contact. Sa surface exulcérée, papillomateuse et tomenteuse, présente encore quelques poils blancs. La base de l'ulcération est d'un rouge plus foncé, et, par places, se recouvre de croûtes, formées par une sérosité que l'on voit suinter à la surface de la tumeur.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, repose sur une induration, mais elle est parfaitement mobile sur les plans profonds. Elle est toujours restée absolument indolore.

Les ganglions sous-maxillaires, préauriculaires et sterno-mastoïdiens du côté droit sont engorgés légèrement. Ils sont durs, roulent sous le doigt, mais sont absolument indolents.

En résumé, cette lésion présente l'aspect d'un épithéliome cutané typique, à la période d'ulcération, et ce diagnostic serait posé d'une façon certaine, sans les autres manifestations cutanées présentées par le malade.

Nous constatons, après l'avoir fait déshabiller, l'existence d'une roséole indiscutable occupant le thorax et l'abdomen.

S'agit-il donc d'un accident primitif de la syphilis, d'un chancre d'aspect tout à fait atypique ? C'est l'avis du Dr Vaquez qui a adressé le malade dans notre service, et la date d'apparition des accidents paraît en effet toute en faveur de cette hypothèse.

Mais, en continuant l'examen du malade, nous voyons qu'il est encore atteint de balanite et de phimosis et nous constatons au milieu de l'inflammation générale du prépuce une induration sous-préputiale cartilagineuse, du côté droit. Il existe une adénopathie inguinale double particulièrement marquée à droite, constituée par une pléiade de ganglions dont l'un est beaucoup plus volumineux.

Il est indiscutable qu'il y a là une cicatrice de chancre induré préputial, et deux hypothèses peuvent être soulevées.

Ou bien il s'agit de deux chancres, l'un à la verge, l'autre au menton, suivis de roséole ; ou bien il faut admettre la coexistence d'une syphilis avec un épithélioma de la face.

Voyons les renseignements que va nous donner le malade sur la filiation des accidents.

Ses derniers coïts remontent l'un au 3 octobre, l'autre à la fin de novembre 1901.

Son attention ne fut appelée du côté de la verge que vers le 18 décembre, date à laquelle il ressentit une légère cuisson en urinant.

La tumeur de la peau de la face ne remonte pas à une époque plus ancienne. Le malade aurait écorché avec le rasoir un petit bouton qui aurait pris bientôt une extension considérable, et aurait atteint en dix jours le volume que la tumeur présente maintenant.

Enfin, c'est vers le 20 ou 22 décembre qu'il reconnut l'existence de la roséole, ce qui place approximativement à cinq semaines avant, c'est-à-dire au 15 novembre, le début du chancre préputial méconnu. Le coït infectant serait donc celui du 3 octobre.

Le développement extrêmement rapide de la tumeur, qui en dix jours atteint le volume d'une grosse noix, semble bien peu le fait d'un épithélioma. Mais d'autre part, s'il s'agit d'un chancre extragénital, cette auto-inoculation précédant seulement de deux ou trois jours l'apparition de la roséole n'est-elle pas inadmissible ? et le sujet infecté par le virus syphilitique n'était-il pas à cette époque immunisé d'ores et déjà contre une infection ultérieure ?

Nous remettant à l'effet du traitement pour juger les faits, nous administrons des injections quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate

de mercure à ce malade qui depuis dix jours était déjà au traitement spécifique par des pilules ; la tumeur de la face est simplement recouverte de pansements humides.

Le 27 janvier les piqûres, difficilement acceptées, sont remplacées par des pilules de 1 centigramme de sublimé, deux pilules par jour. Ces pilules sont continuées depuis cette époque.

Le 5 février l'éruption de roséole a presque complètement disparu, et la tumeur de la face a diminué de moitié. De plus, elle est nettement en voie de cicatrisation et cette amélioration rapide sous l'influence du mercure nous paraît toute en faveur de la nature syphilitique de la lésion,

La tumeur faciale est donc vraisemblablement un chancre induré. L'époque tardive de l'auto-inoculation est la seule objection qu'on puisse faire au diagnostic.

En effet, ce chancre facial semble ne s'être développé qu'un mois environ après l'inoculation préputiale.

Mais il est possible que la vraie cause de l'auto-inoculation de la joue ne soit pas le coup de rasoir dont parle le malade, coup de rasoir qui a peut-être atteint le chancre déjà formé depuis quelque temps et commençant à prendre de l'extension, mais une excoriation inaperçue ou méconnue, existant depuis un temps indéterminé avant l'écorchure faite par le rasoir. Dans cette hypothèse, l'époque de l'auto-inoculation de la face se rapprocherait davantage du début de l'accident primitif de la verge.

Ainsi l'analyse nous ramène à un cas moins exceptionnel, mais qui devait nécessairement jeter dès l'abord un certain doute dans notre esprit et faire hésiter notre diagnostic, surtout en présence de l'aspect épithéliomateux du chancre facial.

M. Jullien. — Le cas si intéressant dont vient de nous entretenir notre collègue est, à mon sens, susceptible de deux interprétations.

La première, c'est l'hypothèse de M. Gaucher, admettant qu'un second chancre, un chancre successif, se serait développé sur la face près de trois semaines après le premier. Les faits de chancres successifs se voient assez souvent et sont aujourd'hui bien connus.

Une seconde hypothèse, car dans un cas aussi problématique il ne peut rien être avancé de certain, me paraît plus acceptable. Je suis porté à penser que la petite plaie faite par le rasoir a joué un rôle d'appel pour la localisation virulente, en créant dans la région ce que Tarnowsky réalisait par la cautérisation provocatrice, et ce que l'on appelait au temps de Verneuil un *locus minoris resistentiæ*. Une lésion traumatique peut en effet, dans certaines circonstances je le reconnais, chez un sujet infecté, se syphiliser, pour ainsi dire, et *prendre les caractères d'un ulcère spécifique*. Ces faits se rencontrent assez souvent dans les services non spéciaux, et les chirurgiens n'ont garde de les méconnaître.

Pour mon compte, j'en ai observé un assez bon nombre dans les hôpitaux et dans ma clientèle : je me souviens notamment d'un jeune

homme qui s'était blessé à la main en armant un fusil, et qui conservait depuis assez longtemps une plaie ulcéreuse de mauvais aspect, quand il vint me consulter; un peu de mercure amena une rapide cicatrisation.

J'ai examiné avec soin le malade qui vient de nous être présenté, et je n'ai pas trouvé de ganglions dans le voisinage; cette particularité vient tout à fait à l'encontre de l'opinion soutenue par M. Gaucher, et me paraît corroborer celle que je viens de vous exposer. On dira que de tels faits sont très rares, et que généralement les plaies se réparent régulièrement chez les syphilitiques, que l'on a vu des amputés guérir sans complication malgré la coïncidence d'une roséole ou de gommes syphilitiques; mais je ferai remarquer que la plaie de notre malade n'a été l'objet d'aucun soin, qu'elle a dû commencer par subir la souillure des pyogènes, avant de se transformer en ulcère syphilitique, enfin qu'il s'agit d'un homme fort âgé, dont la nutrition défectueuse était faite pour favoriser toutes les contaminations.

M. Vérité. — Il arrive souvent chez les gens âgés de voir les chancres prendre un aspect carcinomateux. Je ne crois pas qu'une plaie chez un syphilitique puisse se transformer ainsi. Il s'agit pour moi d'un accident secondaire. S'il existe des plaies syphilisées à la peau chez les syphilitiques, quelle en est la signification et qu'est-ce qui les syphilise? D'ailleurs il est remarquable de constater que des plaies n'amènent pas de syphilides alors que des irritations banales en provoquent chez ces malades.

M. Besnier. — La divergence des opinions formulées à propos de cette lésion indurée du menton, postérieure au chancre pénien, et supposée avoir suivi une plaie de rasoir, montre que la question des chancres successifs, non moins que celle de l'évolution des plaies qui surviennent aux syphilitiques, est à réexaminer avec un peu plus de précision dans la terminologie.

A mon observation, les plaies proprement dites évoluent chez les syphilitiques comme chez les autres sujets, même durant la période initiale, si elles sont soustraites aux contacts directs ou indirects avec l'élément primitif; la guérison simple des excisions pratiquées sur le chancre infectant en témoigne.

Si, chez un syphilitique non encore arrivé à la période d'auto-immunisation, c'est-à-dire avant la roséole et quand le chancre initial est encore vivace, une plaie s'infecte par contact direct, ou indirectement, c'est toujours de l'auto-inoculation; si cette plaie prolifère et s'indure en se créant une adénopathie satellite, cette « plaie syphilitique » est un chancre, et non un « pseudo-chancre »; on doit l'appeler par son nom en le spécifiant, si l'on veut, par une qualification de chronologie, mais non autrement.

Le chancre éteint et l'auto-immunisation réalisée, les plaies accidentelles, ou bien — ce que je considère comme la règle — ne présentent rien de particulier, ou bien elles provoquent la localisation de lésions propres à la période à laquelle est arrivé le syphilitique. Il est manifeste que l'on ne trouve généralement pas dans les descriptions qui sont données de ces « plaies », les détails suffisants pour en faire le classement ferme; et il est, à notre sens, nécessaire de produire des observations nouvelles pour pré-

ciser ce que sont, en réalité, les altérations appelées à titre banal « plaies syphilitiques ».

M. Balzer. — Au sujet de l'accident du visage, on pourrait discuter l'existence d'un pseudo-chancre secondaire. Je n'ai jamais vu de lésion de ce genre à une date aussi éloignée de l'apparition du chancre.

M. Barthélemy. — La question exige une observation suivie et minutieuse qui fait souvent défaut parce que le malade n'a pas été placé sous les yeux du médecin dès le début des accidents : c'est, d'une part, la question des chancres syphilitiques successifs, et, d'autre part, la question des indurations, des scléroses survenant sur diverses lésions non habituelles ou accidentelles. La première a été signalée souvent par les cliniciens et j'observe encore actuellement pour ma part un chancre syphilitique développé en plein gland six jours après le début d'un chancre balano-préputial. Ce chancre successif est plus petit que le chancre principal initial ; il est érosif alors que l'autre est ulcéreux ; il durera environ ou vraisemblablement quinze jours, alors que l'autre durera bien plus de six semaines. A propos de la durée des chancres dont vient de parler M. Besnier, notre honoré Président, la durée la plus longue que j'aie observée a été de quatre mois huit jours, en opposition avec la plus brève qui a été de onze jours. Le premier était sur un homme alcoolique de cinquante-quatre ans et le second sur une jeune femme ; il s'agissait dans les deux cas de chancres génitaux; celui que j'observe actuellement est aussi sur un sujet éthylique de cinquante-deux ans. Cette question des chancres successifs a été étudiée expérimentalement au Congrès de Copenhague en 1884 par M. Pontoppidan. Dans la région sous-ombilicale du moins, les inoculations n'ont plus été positives à partir du quinzième jour. Il semble donc que le laps d'un mois indiqué ici par M. Gaucher soit trop long pour qu'il puisse encore être question d'un chancre successif ; il ne semble pas que l'infection graduelle et régionale puisse tant tarder avant d'arriver de la zone génitale à la zone faciale. Une autre chose me met en garde contre la dénomination de chancre appliquée à la lésion du menton du malade qui nous est présenté ; la lésion est volumineuse, saillante, indurée, de l'étendue d'une pièce d'un franc au moins, plus ovalaire qu'arrondie ; il s'agirait donc d'un chancre violent ; or, l'adénopathie n'existe déjà plus; elle a été relativement légère et transitoire, tout à fait disproportionnée avec celle qui, dans l'aine gauche, a accompagné le chancre de la verge. Je sais bien que, chez les vieillards, les adénopathies ont été souvent signalées minimes ; mais alors elles sont minimes partout où est le chancre, aussi bien aux aines qu'aux angles sous-maxillaires. J'aurais donc tendance à éliminer ici l'idée d'un chancre successif. Sans doute, il est anormal de voir des syphilomes apparaître avant (ici quatre jours avant) la roséole, quand celle-ci apparaît dans les limites habituelles ; pourtant, il y a bien des cas où, chez les sujets âgés précisément et chez les alcooliques, il y a, en même temps que la roséole, des syphilides papuleuses, et quelquefois il y a des papules géantes disséminées comme dans les cas où M. Besnier a signalé ce qu'il a dénommé des *plaques de la peau*, coexistant parfois avec la roséole, ou la devançant ou la remplaçant. On

sait d'ailleurs que les petites papules sèches du cuir chevelu sont très précoces ; pourquoi donc ici, à la face, ne s'agirait-il pas d'un syphilome précoce déjà secondaire, d'une papule chancriforme prenant même, comme il arrive souvent autour de la bouche, un aspect saillant et végétant ? C'est à cette manière de voir que je me rallierais le plus volontiers, étant donné que je ne vois le malade qu'en passant et pour la première fois et un instant seulement et que je ne suis pas l'évolution de la lésion, et que je n'ai même pas lu l'observation à tête reposée.

Que si l'on ne veut pas admettre cette opinion, je demanderais s'il est si rare que l'on croit de voir s'indurer à la période si virulente de la période préroséolique ou roséolique de l'infection syphilitique une lésion quelconque. Le barbier n'a probablement coupé qu'une papule saillante, ce qui a pu l'irriter et l'infecter ; mais, en admettant qu'il ne se fût agi que d'une folliculite, pourquoi celle-ci, irritée, ne serait-elle pas devenue le siège et l'occasion d'une manifestation syphilitique secondaire hâtée ? Ne voit-on pas des irritations banales être la cause de manifestations syphilitiques secondaires ? Y a-t-il d'autre cause que les irritations banales à la fréquence des plaques muqueuses des amygdales chez l'homme et aux lésions périanales et périvulvaires chez la femme qui ne tient pas très antiseptiques des régions souvent humides et irritées par des suintements. Si le psoriasis et l'eczéma sont rarement, comme l'a dit M. Vérité, modifiés par l'infection syphilitique récente, en est-il toujours ainsi de lésions autres, traumatiques, opératoires, etc. On a vu parfois des inoculations vaccinales, faites au moment de la période virulente, être l'occasion de manifestations spécifiques qui changeaient chaque point d'inoculation en une plaque muqueuse des plus nettes et indubitable. D'autre part, M. Verchère me citait encore récemment l'exemple d'un malade qui, opéré d'une lésion du cou en pleine période secondaire, avait vu les lèvres de la plaie se recouvrir rapidement de lésions secondaires. M. Ozenne cite un autre cas analogue. Ce sont là des faits qui ne se rencontrent qu'exceptionnellement, mais qui ne peuvent être mis en doute. De tous ces faits, il résulte qu'à mon avis, la lésion qui est soumise à notre observation n'est pas due à une auto-inoculation consécutive à l'action de virus apporté de dehors en dedans, mais qu'il s'agit bien plutôt d'une manifestation due au virus syphilitique mais agissant de dedans en dehors. C'est inconstant, c'est rare, c'est mal déterminé, j'en conviens, mais cela est. J'ai observé plusieurs cas qui me permettent de penser qu'il s'agit ici plutôt d'un syphilome précoce chancriforme secondaire que d'un chancre syphilitique.

M. Veyrières. — A propos de la transformation des plaies en lésions syphilisées, il est certain que l'eczéma même le plus érosif ne se transforme jamais en lésion syphilitique.

M. Gaucher. — Pour résumer cette discussion, on peut admettre que la syphilis influence les plaies, mais sans toutefois produire de lésions syphilitiques sur elles.

En second lieu, si un malade ayant un chancre infecte une plaie, il donne lieu à un chancre d'inoculation et non à une plaie syphilitique.

Un cas d'angiokératome coexistant avec un lupus pernio et la tuberculose pulmonaire; tuberculides familiales.

Par MM. Leredde et L. Pautrier.

L'hypothèse de la nature tuberculeuse de l'angiokératome, émise pour la première fois par l'un de nous, est actuellement à l'étude. L'observation de la malade que nous présentons aujourd'hui nous paraît être une contribution des plus intéressantes à cette étude et confirme pleinement la classification de l'angiokératome parmi les tuberculides.

Mlle L..., vingt-deux ans, sans profession. — *Antécédents héréditaires.* — Père et mère vivants, tous deux en bonne santé ; mais la malade déclare que son père a les deux oreilles « à moitié mangées par les engelures » et que le père de son père est dans le même état que lui. Nous avons prié la malade de faire venir son père et nous l'avons examiné. Il présente un lupus érythémateux typique des deux oreilles : tout le rebord de l'hélix a disparu, a été rongé; on trouve à sa place un rebord aminci, très vasculaire, légèrement squameux, présentant par places une tendance cicatricielle. Sur les mains, engelures ulcérées se reproduisant périodiquement tous les hivers depuis l'enfance ; au moment où on les examine, les mains présentent en outre une couleur asphyxique rouge violacé, une augmentation de volume considérable, et à la paume un état hyperidrosique marqué. Le père, interrogé, déclare que vers l'âge de douze ans il aurait présenté sur les mains des points noirs, analogues à ceux que présente actuellement sa fille.

Du côté de la famille maternelle, un frère et une sœur de la mère sont morts tous deux de tuberculose.

La malade a deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade déclare avoir une santé excellente et n'avoir jamais fait aucune maladie. Elle se plaint seulement d'être réglée très irrégulièrement et d'avoir un peu de leucorrhée.

Elle n'a jamais eu d'adénopathies dans son enfance et ne présente actuellement aucun ganglion.

Elle a toujours eu des engelures, régulièrement chaque hiver depuis sa jeunesse.

Pas de froid aux pieds persistant.

État pulmonaire. — Au sommet gauche, en avant, sous la clavicule, zone de submatité nette; expiration prolongée; inspiration râpeuse. Du côté droit, respiration un peu saccadée. La malade toussotte de temps en temps.

Un médecin du Mans, qui n'avait sûrement pas l'attention attirée vers la tuberculose par les lésions cutanées de la malade, l'avait déjà auscultée il y a deux ans et avait déjà à cette époque attiré l'attention de la famille sur le côté gauche, suspect.

État cutané. — *Nez.* — Lupus pernio typique de l'extrémité de cet organe qui est de coloration violacée, livide, avec tuméfaction légère du tégument très peu douloureuse ; par places, très léger enduit squameux, très fin, assez adhérent ; au moment des grands froids les lésions s'aggravent toujours ; en été elles s'atténuent, mais ne disparaissent pas complètement.

Mains. — Les deux mains présentent un état asphyxique assez prononcé; elles sont de couleur rouge violacé, plus foncée au niveau des doigts et de la moitié cubitale du dos de la main. Dans leur ensemble, les faces dorsales présentent une cyanose assez marquée et des marbrures livides. Les deux mains sont sensiblement augmentées de volume; les doigts sont également déformés; ils présentent un état boudiné, l'accroissement de volume se produisant principalement entre deux articulations.

Lorsque le froid cesse, l'œdème et la cyanose de la main disparaissent presque complètement, mais il persiste une rougeur violacée plus faible sur la face dorsale des doigts et sur la face dorsale de la main, sur un espace arrondi siégeant au niveau de la moitié cubitale de la main.

Parsemées sur ces surfaces cyanotiques, on note de petites taches d'un rouge noir ayant à peine les dimensions d'une tête d'épingle, tantôt isolées, tantôt groupées les unes à côté des autres. Si l'on comprime les tissus avec une lame de verre, ces petites taches vasculaires persistent très nettes sous la pression qui efface la cyanose des tissus adjacents. On n'observe pas, à leur niveau, d'épaississement de l'épiderme, pas plus à l'œil nu qu'à la loupe, et le toucher au doigt ne donne aucune sensation de rugosité. Il n'y a donc pas de réaction épidermique appréciable.

On note également quelques-unes de ces petites taches vasculaires, à la face palmaire des doigts, principalement à la face palmaire de la troisième phalange de l'index gauche, où l'on en observe cinq groupées côte à côte. On note à ce niveau de petites saillies hyperkératosiques, appréciables à l'œil et au toucher.

Cette observation est des plus intéressantes tant par l'état clinique de la malade que par ses antécédents. On observe chez elle des lésions typiques d'angiokératome, depuis les simples taches vasculaires, jusqu'aux saillies hyperkératosiques, les engelures chroniques et l'asphyxie des extrémités; qui accompagnent presque toujours l'angiokératome. Elle présente en même temps une autre manifestation tuberculeuse cutanée, son lupus pernio du nez. Dans l'état général nous trouvons de la tuberculose pulmonaire au début. Enfin les antécédents tuberculeux sont des plus nets : tuberculose d'un frère et d'une sœur de la mère, et lupus érythémateux chez le père.

En un mot, dans le cas qui nous occupe, l'enquête pour dépister la tuberculose ayant été faite avec tout le soin que l'on prend pour la faire pour les tuberculides, nous a donné des résultats frappants, tels qu'elle n'en donne pas souvent dans les autres affections que l'on est d'accord pour classer parmi les tuberculides.

Rappelons, du reste, qu'aucun argument valable n'a encore été fourni contre la théorie tuberculeuse de l'angiokératome. Toutes les autres théories qui ont été émises pour expliquer cette dermatose sont des théories anatomiques qui constatent des lésions, mais n'expliquent rien, ou des théories reposant sur des hypothèses sans fondement (faiblesse congénitale des capillaires, troubles locaux de

circulation, influence du lymphatisme ou de l'arthritisme (!), ou enfin des théories qui croient avoir résolu le problème en constatant la coexistence de l'angiokératome avec des engelures et de l'acro-asphyxie et en ayant voulu établir entre ces différents phénomènes des relations de cause à effet : ce qui, loin de résoudre le problème, ne fait que l'élargir et en augmenter la difficulté.

On a encore objecté, contre la théorie tuberculeuse de l'angiokératome, la rareté de la tuberculose dans les observations de cette dermatose. La réponse nous paraît bien simple : on n'a pas noté la tuberculose parce qu'on n'a pas songé à la rechercher, l'attention des dermatologistes n'ayant pas été attirée sur ce point. Sur 30 observations d'angiokératome que nous avons pu recueillir (thèse d'Escande et observations publiées depuis) nous avons trouvé la tuberculose notée 5 fois, ce qui est déjà une proportion digne d'attirer l'attention ; mais elle n'a été notée que dans les cas où l'état du malade était tel que le diagnostic s'imposait. Dans tous les autres cas, on n'avait songé à rechercher ni les signes de tuberculose ganglionnaire ou pulmonaire, ni les signes de tuberculose des ascendants. Pour notre compte, dans 3 observations d'angiokératome, les seules que l'un de nous ait observées, la tuberculose existait 3 fois (Leredde et Milian, Leredde et Haury, Leredde et Pautrier).

M. Du Castel a présenté récemment à la Société un cas de tuberculides, dans lequel il existait également de l'angiokératome.

Nous avons réservé pour la fin le seul argument sérieux opposé jusqu'ici à l'angiokératome considéré comme une tuberculide : c'est M. Hallopeau qui l'a soulevé. S'appuyant sur les observations où l'angiokératome a été observé chez plusieurs membres d'une même famille, M. Hallopeau considère que l'angiokératome est une maladie familiale qui ne peut être comprise parmi les tuberculides.

A priori on ne voit rien qui puisse empêcher plusieurs membres d'une même famille de présenter des manifestations cutanées de la tuberculose. Ce n'est pas là qu'une vue de l'esprit et l'on peut se demander, en se fondant sur plusieurs observations, s'il n'existe pas de véritables tuberculides familiales. Rappelons que dans notre observation, nous trouvons deux frères atteints de lupus érythémateux et la fille de l'un d'eux atteinte de lupus pernio et d'angiokératome.

Dans un cas de Weidenhammer, deux frères présentaient l'un un lupus tuberculeux et l'autre du lupus érythémateux. Dans un cas de lupus érythémateux rapporté par Roth, la mère et la sœur du malade présentaient également du lupus érythémateux. Enfin Rona a publié dernièrement une observation complète de lupus érythémateux chez trois sœurs.

En face de faits pareils, on peut se demander s'il n'existe pas de

véritables tuberculides familiales, et dans ce cas le seul argument sérieux opposé à la théorie tuberculeuse de l'angiokératome tomberait de lui-même.

Cette question des tuberculides familiales pose un problème de pathologie générale du plus haut intérêt, sur lequel nous éclaireront les travaux ultérieurs. Il est certain que le domaine des manifestations cutanées de la tuberculose nous révèle encore bien des faits inconnus ; nous commençons à peine à l'explorer. C'est pour nous un chapitre qui ne fait que de s'ouvrir.

Lésions des ongles au cours d'une pelade vitiligineuse généralisée.

Par Ch. Audry.

Voici une troisième observation de pelade unguéale, celle-ci particulièrement intéressante parce qu'elle paraît typique et parce que la maladie des poils offrait un développement extraordinaire.

X..., cordonnier, âgé de trente ans, sans autre antécédent qu'une fièvre muqueuse à l'âge de seize ans. Il habite la campagne, est marié, a un enfant bien portant.

La maladie a débuté par le cuir chevelu, il y a deux ans et demi, et, en six mois, la disparition des poils a été complète ; elle s'est accompagnée de céphalées vives et prolongées. Aucun autre symptôme notable. Je n'ai pu analyser ses urines ; mais la nutrition paraît satisfaisante de tous points. Lorsque les poils tombèrent, le malade remarqua très bien que sa peau blanchissait d'une manière générale, mais que ce blanchissement était très prononcé dans les zones qui avaient été revêtues de poils, de cheveux, de sourcils.

Quand je le vis, c'était un homme d'apparence robuste. Il offrait le facies spécial d'un individu auquel il ne reste plus *un seul poil* ; en réalité cependant, j'en ai trouvé *deux* gros et noirs, sur une joue : ni cheveux, ni sourcil, ni cil, ni aucun poil du corps ou des membres.

Toutes les régions normalement pileuses présentent une décoloration très accusée ; elles ont été, dit le malade, entièrement blanches ; depuis quelques mois, elles offrent une couleur légèrement rosée, très uniforme, d'aspect singulier. Le reste de la peau est d'un teint un peu bruni, surtout sur la face.

Celle-ci est légèrement séborrhéique. Pas de dilatation appréciable des sébacés sur le cuir chevelu ; pas de comédon ; pas d'acné ; mais le malade dit qu'il transpire abondamment de la tête. Sur les deux bords ciliaires, trois à quatre petites pustulettes. Pas de lésions des muqueuses ou des dents.

Quelques engelures aux orteils.

Je lui demande si ses ongles ont été malades ; il me répond aussitôt que oui, mais seulement ceux des doigts ; et je constate en effet qu'ils sont anormaux au pouce, au médius et à l'annulaire droits, au médius, à l'annu-

laire et à l'index gauches, ce dernier le moins altéré, et le plus récemment.

Les lésions frappent exclusivement le bord libre des ongles mentionnés; elles sont uniformément constituées par l'effritement et la chute irrégulière de ce bord libre; celui-ci a disparu, en ce sens que l'ongle est sur toute sa longueur actuelle adhérent au lit; il présente des entailles irrégulières, superficielles, écailleuses, sans épaississement ni inflammation. Pas de crénelures; pas de sillons; pas de cannelures, pas de dépressions punctiformes; aucune altération de couleur ni de forme générale; matrice saine.

Sur l'index gauche, on saisit le début du processus; sur la partie externe du bord libre, l'ongle devient d'un blanc sale, crayeux, comme s'il était injecté d'air sur une faible étendue.

Toutes ces petites déformations sont d'autant plus frappantes que les autres ongles sont très bien formés.

Je n'ai pas revu le malade; et je ne sais ce qu'il en adviendra.

Ces sortes de pelades totales, vitiligineuses sont assez rares, quoique bien connues; je n'aurais pas cru devoir en faire mention sans la présence des petites et singulières altérations des ongles. Elles sont conformes à celles que j'ai déjà signalées, mais mieux caractérisées encore par leur limitation absolue au bord libre.

Quant à la nature de cette pelade, je ne suis pas en état d'en rien dire. Sans doute, elle peut passer pour une pelade d'origine nerveuse, ou dystrophique ; mais cela n'est pas certain. La décoloration tégumentaire peut aussi bien dépendre d'un trouble d'origine parasitaire. J'ai dit ailleurs et antérieurement que les cellules pigmentifères représentaient des cellules migratrices rapportant le pigment élaboré ou introduit dans l'épithélium. Les données récentes fournies par M. Metschnikoff sur la genèse de la canitie peuvent être considérées comme d'un ordre parallèle, mais il admet que les éléments rameux pigmentés sont épithéliaux : opinion déjà émise par Kodis (pigment de l'embryon de truite), et qui ne me paraît pas encore profondément établie; l'intervention active des leucocytes peut être provoquée par des irritants d'origine externe aussi bien que par des anomalies de la nutrition générale.

Par suite, nous sommes encore obligés de nous tenir sur la réserve dans une détermination de ce genre.

Toutefois, l'intérêt clinique de ces lésions unguéales au cours d'une semblable pelade subsiste entièrement, en attendant qu'on en indique une interprétation satisfaisante.

Pathogénie des affections dites parasyphilitiques.

Par M. Leredde.

Des travaux nombreux et, en particulier, ceux du professeur Fournier, nous ont appris que la syphilis est l'origine fréquente de

lésions et même de maladies véritables qui n'avaient pas été autrefois rangées parmi ses manifestations : lésions n'ayant aucun des caractères classiques des lésions syphilitiques et curables par le mercure et l'iodure de potassium, maladies ayant une évolution progressive, paraissant systématisées à certains appareils, ou même, dans ces appareils, à des régions qui ont une indépendance anatomique et physiologique, alors que le propre des lésions syphilitiques classiques paraît être d'envahir, indistinctement, d'une manière diffuse et même centrifuge, les régions où elles se développent.

La découverte de l'origine syphilitique fréquente du tabes, qui remonte à 1875 et est due au professeur Fournier ; celle de l'origine syphilitique fréquente de la paralysie progressive, datant de 1863 et qui est due à Kjelberg ; celle plus récente de l'origine syphilitique commune de la leucoplasie buccale, sont des faits historiques de première importance et la date de leur apparition est celle de progrès considérables en pathologie.

Malheureusement, ces notions sont restées privées de sanction : elles n'ont apporté aucun progrès du côté de la thérapeutique. Or, on peut se demander si la pathogénie du tabes, de la paralysie générale, de la leucoplasie, d'autres maladies encore, a été étudiée d'une manière suffisante, et si, sous le terme d'affections parasyphilitiques, on n'a pas groupé des affections dont certaines sont d'origine syphilitique directe, et curables, en totalité ou en partie, par le traitement antisyphilitique.

Prenons la liste des affections parasyphilitiques, nous y trouvons :

1° Des affections liées à la toxi-infection syphilitique, aux troubles circulatoires et aux altérations du milieu sanguin qu'elle engendre, aux troubles de nutrition qui en sont la suite : hystérie, neurasthénie, troubles nerveux.

Toutes les infections peuvent provoquer des troubles de cet ordre. Il en est ainsi de la grippe : on pourrait classer les troubles nerveux qui se développent dans sa convalescence sous le nom de manifestations paragrippales ;

2° Des troubles de développement, d'origine héréditaire, dont la liste s'est étendue de jour en jour, depuis les troubles dentaires, l'infantilisme, des arrêts partiels de développement physique, des arrêts de développement intellectuel, jusqu'à l'hydrocéphalie.

Ces troubles sont également d'origine toxi-infectieuse. On les trouve semblables chez les enfants de parents atteints d'affections profondes et à évolution lente, comme la tuberculose, ou d'intoxications chroniques, comme l'alcoolisme.

Dans tout cela, rien de spécial à la syphilis. Il est certain que les lésions auxquelles sont dues ces manifestations ne sont en rien

syphilitiques et ne relèvent en rien du mercure. De sorte que, si l'on veut, pour attirer l'attention sur le rapport des troubles acquis ou héréditaires que nous venons de citer avec la syphilis, on peut créer un groupe d'affections parasyphilitiques, de même que d'affections paratuberculeuses, paragrippales, paratyphoïdiques, paraalcooliques, parapaludéennes, etc.

Sur cent cas d'hystérie, de neurasthénie, de troubles nerveux, il n'y en a qu'un nombre très restreint qui soient d'origine syphilitique.

Dans les troubles de développement que nous avons énumérés, la syphilis n'entre également que comme facteur étiologique, occasionnel, assez commun, mais bien loin d'être exclusif.

Mais la liste des affections dites parasyphilitiques comprend autre chose : elle comprend des affections dont la plupart se rencontrent 80 fois, 90 fois sur 100, ou plus, chez des syphilitiques (tabes, paralysie générale, leucoplasie, etc.).

Pourquoi ces affections sont-elles donc classées dans les affections parasyphilitiques?

a. Parce que leur origine syphilitique ne serait pas constante.

b. Parce que les lésions n'auraient pas la structure des lésions syphilitiques.

c. Parce que les lésions seraient rebelles au traitement spécifique.

Or, aucun de ces arguments n'a de valeur absolue, et les arguments qu'on peut leur opposer nous sont fournis, comme nous allons le voir, par le professeur Fournier lui-même, dans son livre sur les affections parasyphilitiques.

Pour ne pas laisser dévier la discussion, portons-la sur un terrain restreint, celui du tabes vulgaire, de l'ataxie locomotrice progressive.

Fréquence de la syphilis chez les tabétiques. — Pour le professeur Fournier, 87 à 93 p. 100 des tabétiques sont syphilitiques. Pour Erb, 88, 89 p. 100. Pour Déjerine, 92, 94 p. 100.

De ces statistiques, d'autres encore, il résulterait que le tabes ne s'observe pas toujours chez les syphilitiques. Mais, dit M. Fournier, les statistiques ne peuvent tenir compte des syphilis dissimulées, des syphilis ignorées, accidentelles, conceptionnelles, héréditaires. De sorte qu'il est possible que 100 tabétiques sur 100 soient syphilitiques. Et si, comme dans un cas de Leloir, on voit un malade tabétique prendre la syphilis, on peut admettre, *vu la rareté du cas*, que le malade est atteint de tabes hérédo-syphilitique ; ou bien, on peut, comme M. Marie, penser que dans des occasions tout à fait exceptionnelles, d'autres infections, d'autres intoxications, peuvent créer un tabes analogue au tabes syphilitique.

Caractère non spécifique des lésions tabétiques. — Au point de vue anatomique, nous admettons que des lésions constituées par des infiltrations cellulaires d'un type spécial, des lésions vasculaires, évoluant vers la caséification gommeuse ou la sclérose, ont le caractère des lésions syphilitiques; mais est-il prouvé que, nécessairement, toutes les lésions syphilitiques aient le même caractère? L'admettre, c'est commettre une de ces erreurs d'induction si fréquentes en médecine.

Pourquoi toutes les lésions, syphilitiques non seulement dans leur origine, mais aussi dans leur essence, c'est-à-dire les réactions produites par la présence et la germination locales du parasite de la syphilis, auraient-elles toutes la structure que nous connaissons d'après des recherches histologiques faites autrefois exclusivement sur les seules lésions que tout le monde reconnaissait comme syphilitiques, au moment où on les a faites ?

Est-ce que les réactions aiguës produites par les microbes ont une structure spécifique, c'est-à-dire constante dans ses éléments essentiels et se faisant toujours sur un type déterminé ?

L'histoire des réactions dues au staphylocoque, au streptocoque, démontre le contraire d'une manière éclatante.

Est-ce que les réactions chroniques, d'origine microbienne, ont nécessairement une structure spécifique ?

L'histoire de la tuberculose cutanée démontre le contraire, et il est de plus en plus probable que les tuberculides sont l'effet local du bacille tuberculeux.

Dans son travail sur les affections parasyphilitiques, le professeur Fournier qui — comme nous l'avons vu — tend déjà à démontrer que le tabes ne se rencontre que chez les syphilitiques, émet sans hésitation l'avis que la syphilis peut déterminer des lésions dont la structure est tout à fait différente de celle des lésions syphilitiques communes.

Bref, rien ne s'oppose, au point de vue anatomique, à ce que les lésions du tabes soient d'origine syphilitique directe.

Non curabilité des lésions tabétiques par le traitement mercuriel. — Nous arrivons, après avoir vu que peut-être le tabes appartient exclusivement à des syphilitiques ou à des hérédo-syphilitiques, après avoir admis que ses lésions peuvent être d'origine syphilitique directe, au point le plus important de la question : Les lésions du tabes seraient des lésions parasyphilitiques, parce que le traitement ne les guérit pas.

Or, si nous admettons que les lésions tabétiques ne sont pas curables par les agents du traitement spécifique, ce ne serait même pas une raison pour contester leur nature. Rien, absolument rien ne démontre que toujours, dans tous les cas, une lésion

syphilitique doive être curable par le traitement. C'est également l'avis du professeur Fournier qui admet que la syphilis peut amener des lésions incurables par les agents du traitement habituel.

Mais, il y a plus, et, aujourd'hui, il est devenu presque impossible de nier l'effet utile du traitement antisyphilitique chez les tabétiques. Les faits abondent et ils seront sans doute beaucoup plus nombreux le jour où la définition du tabes, maladie parasyphilitique, c'est-à-dire incurable par les procédés du traitement classique, aura été abandonnée, et où on étudiera régulièrement, systématiquement, la technique et les effets du traitement mercuriel prolongé, en particulier chez les tabétiques ; en voici quelques-uns :

Le professeur Fournier dit, dans son livre sur les affections parasyphilitiques : « Le mercure et l'iodure — sans parler de leur action préventive qui n'est pas ou n'a pas été contestée — ne restent pas continuellement et invariablement inertes contre la maladie ; on les a vus plus d'une fois, ainsi que je l'ai montré de vieille date, réaliser ce résultat d'enrayer le tabes, de l'immobiliser en l'état, de créer un *statu quo* qui constitue un bénéfice au moins relatif, voire considérable parfois, pour un malade. »

Dès 1892, M. Marie, dans son livre sur les maladies de la moelle, déclarait prescrire le traitement mercuriel, chez les tabétiques, dans l'espoir, non seulement d'arrêter les autres manifestations syphilitiques qui peuvent se produire, chez ces malades, dans le cerveau par exemple, mais encore d'enrayer la marche progressive de la maladie. Il croit que l'atténuation du tabes qu'il a constatée chez un grand nombre de malades est due à la médication spécifique qu'ils ont suivie.

Plus récemment, M. Marie explique les insuccès assez fréquents du traitement mercuriel chez les ataxiques, en déclarant qu'il n'est pas surprenant, pour qui que ce soit, de ne pas le trouver actif dans un ramollissement cérébral lié à une artérite. Du reste, dit-il, nous savons bien que dans tous les vaisseaux la syphilis laisse souvent des lésions scléreuses à jamais ineffaçables, et il ajoute : « Je me trouve obligé, au point de vue théorique, de laisser la porte ouverte aux infections ou intoxications de nature non déterminée, qui seraient capables de produire le tabes ; mais, soyez bien convaincus d'une chose, c'est que dans les conditions de notre observation journalière, le tabes est toujours d'origine syphilitique. »

Dans un travail récent, Bockhart (1) déclare avoir soigné, en treize ans, 95 tabétiques par des frictions.

72 étaient au stade initial, 23 au stade ataxique. Sur ces 95 malades, 22 ne purent être suivis et 4 moururent. Sur les 69 restant,

(1) BOCKHART. Ueber die Merkurialbehandlung der Tabeskranken. *Monatshefte für prakt. Derm.*, 1er janv. 1902, p. 12.

58 étaient au stade initial (signe d'Argyll Robertson, abolition du réflexe patellaire, douleurs lancinantes, paresthésies). Chez 10 malades, le tabes ne fit que des progrès très lents ; chez 33, survint une amélioration ; chez 12, une rétrocession complète de la maladie.

Chez 11 malades arrivés à la période d'incoordination, le résultat ne fut sensible que pour 2 qui virent disparaître les troubles vésicaux et chez qui les troubles de la coordination cessèrent de s'accroître.

En résumé, 20 p. 100 des malades, au moins, retirèrent un bénéfice considérable du traitement mercuriel, l'état de santé parfaite s'étant maintenu depuis plusieurs années.

A la Société de Neurologie, le 9 janvier 1902, une discussion des plus intéressantes s'est engagée sur les variations de la gravité du tabes. M. Brissaud a remarqué : 1° La plus grande lenteur de l'évolution du tabes, sous toutes ses formes, frustes ou complètes, depuis un certain nombre d'années. 2° La plus grande fréquence du tabes dont l'évolution s'arrête et qui se fixe comme une infirmité ; et même nombre de fois, plus qu'une régression, une rétrocession.

M. Marie a appuyé cette opinion, ainsi que MM. Babinski et Ballet.

M. Marie en particulier, attribue ces modifications de la maladie à l'influence du traitement antisyphilitique dans un certain nombre de cas.

La seule explication plausible est que toutes ces lésions sont d'origine syphilitique directe.

Il est facile d'expliquer, comme le fait M. Marie, que la curabilité n'est pas constante. Il est infiniment difficile d'expliquer que le mercure ait une action réelle sur des réactions dues au parasite de la syphilis et dépourvues de toute spécificité. Et, si l'on ajoute, avec le professeur Fournier, que des lésions syphilitiques n'ont pas, nécessairement, la structure qu'on leur reconnaît en général, et que le tabes se rencontre chez des syphilitiques avec une fréquence telle qu'on se demande s'il peut exister chez des non syphilitiques, on arrive à penser que le tabes est purement et simplement un syndrome anatomo-clinique d'origine et de nature syphilitique.

La discussion qui pourrait s'engager parallèlement à la précédente, sur la nature syphilitique de la paralysie générale, ne permettrait pas d'aboutir à des informations aussi nettes, ou, du moins, de donner la preuve de leur valeur.

Comme le tabes, la paralysie générale vraie se rencontre peut-être exclusivement chez des syphilitiques. D'autre part, on peut admettre qu'il existe des formes de paralysie générale non syphilitique, tout en admettant la nature et l'origine syphilitiques de la paralysie générale vulgaire.

D'autre part, contester la nature de cette maladie en s'appuyant sur la différence de ses lésions et de celles de la syphilis, c'est émettre un argument sans valeur. Mais l'argument positif, tiré de l'effet utile du traitement antisyphilitique, fait à peu près complètement défaut ici.

Les raisons que l'on peut donner pour expliquer l'insuffisance du traitement mercuriel, même si la paralysie générale est de nature et non seulement d'origine syphilitique, sont nombreuses. J'énumère celles qui viennent de suite à l'esprit :

1° Le traitement spécifique est mal fait chez les paralytiques généraux. Cet argument n'est pas suffisant. Je pense cependant que le traitement mercuriel peut être mieux fait qu'il ne l'est dans les syphilis graves et je reviendrai sur ce point dans une communication ultérieure.

2° Le traitement spécifique se fait trop tard chez les paralytiques généraux. Le diagnostic n'est précis que lorsque les lésions sont déjà diffuses, lorsque les vaisseaux sanguins sont atteints d'une manière étendue. Or, l'altération diffuse syphilitique des vaisseaux de petit calibre compromet beaucoup plus les fonctions d'un organe que les lésions d'un gros vaisseau, quels que soient les effets du traitement et réserve faite de l'oblitération totale d'un vaisseau volumineux.

Si les syphilitiques étaient traités, par exemple, dès l'apparition du signe d'Argyll Robertson, les résultats du traitement seraient sans doute différents.

3° Toutes les formes de syphilis cérébrale où existent des troubles mentaux sont rebelles au traitement et il en est en particulier ainsi dans la pseudo-paralysie générale syphilitique dont le tableau est si curieux, et qui, dans le cas de la syphilis cérébrale, ne peut guère représenter qu'une transition entre les formes communes à accidents limités et la forme atypique de la paralysie générale dont les accidents sont essentiellement diffus.

La leucoplasie linguale, j'élimine la leucoplasie de la face interne des joues dont l'étude étiologique est moins avancée, est encore une affection presque exclusive à des syphilitiques. L'est-elle d'une manière absolue ? C'est possible, la démonstration n'est pas faite ; on comprend du reste combien elle est difficile, si l'on pense que souvent un dermatologiste est incapable de retrouver la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint d'accidents tertiaires et même secondaires. Mais y eût-il des cas de leucoplasie survenant chez des sujets non syphilitiques, que cela ne prouverait rien contre la *nature* spécifique de l'affection, lorsqu'elle se développe chez des syphilitiques. Il faut se rappeler que les caractères des lésions linguales sont moins bien connus que ceux des lésions de

la peau. Les leucokératoses linguales sont à beaucoup de points de vue comparables aux kératoses palmaires et plantaires, et nous savons combien celles-ci sont mal connues et qu'elles sont parfois syphilitiques quand on ne le croit pas, et non syphilitiques quand on croit qu'elles le sont.

Qu'importe dans la leucoplasie l'absence des lésions histologiques habituelles? Et du reste, leur absence est-elle démontrée? Nous n'avons pas encore assez d'examens histologiques faits à la période initiale, à la périphérie des lésions, pour en répondre. Ce qu'on a surtout étudié c'est le stade adulte et le stade épithéliomateux terminal. L'étude de l'infiltration cellulaire profonde au point de vue cytologique, de la sclérose qui lui succède doit être reprise, et l'intérêt s'est peut-être porté un peu exclusivement sur les réactions de l'épithélium.

Comme dans la paralysie générale, nous trouvons ici encore des intermédiaires entre des lésions certainement syphilitiques dans leur nature et d'autres qui sont classées sans preuve comme étant seulement d'origine mais non de nature syphilitique. Après M. Besnier, M. Perrin classe sous le nom de leucoplasies syphilitiques des glossites scléreuses, syphilitiques directement par l'objectivité. Mais pour être plus sensibles peut-être au traitement spécifique, pour être plus figurées dans leurs bords, plus souvent associées à une sclérose profonde, à des lésions syphilitiques autres de la langue, ces glossites scléreuses n'en ont pas moins les caractères anatomiques fondamentaux de la leucoplasie « essentielle », c'est-à-dire de celle qui est ordinairement admise comme parasyphilitique.

Parlerons-nous de la résistance de cette leucoplasie au traitement spécifique? Mais de jour en jour, des faits se multiplient, prouvant que le traitement spécifique est utile dans cette affection et peut en amener la rétrocession plus ou moins complète. Qu'il n'en amène pas la guérison d'une façon régulière, cela n'a rien de bien extraordinaire. Toute sclérose syphilitique représente un processus de défense interstitiel; toute sclérose représente la formation d'une cicatrice de guérison et cette sclérose ne peut se modifier que là où le processus de défense est encore en activité.

Parmi les lésions linguales que l'on voit traiter de parasyphilitiques, parce qu'elles résistent au traitement, certaines sont purement et simplement des cicatrices, c'est-à-dire des lésions guéries. Doit-on traiter de parasyphilitiques la cicatrice d'une gomme ou d'une syphilide tuberculeuse cutanées?

Il existe encore une série d'affections qui sont classées sous l'étiquette de parasyphilitiques et qui sont sans doute des maladies de nature syphilitique, par exemple, l'épilepsie parasyphilitique, l'amyotrophie progressive d'origine syphilitique de Reymond. —

Peu importe pour le moment. Ce qui me paraît certain, c'est que dans les lésions de la syphilis on peut comprendre des maladies n'ayant pas la structure habituelle, non pas incurables par le traitement antisyphilitique, mais résistant davantage au traitement que la plupart des lésions reconnues par tous comme syphilitiques. Ces lésions sont surtout fréquentes au niveau du système nerveux où elles évoluent lentement, et où leurs symptômes cliniques majeurs n'apparaissent qu'après une période très longue, presque latente — dans laquelle se créent des lésions vasculaires et cellulaires irréparables — et résultent plus des réactions des tissus que de l'infiltration syphilitique; celle-ci est grave surtout par la défense qu'elle provoque. Le tabes, la paralysie générale comme la leucoplasie linguale dans la plupart de leurs cas, sinon dans tous, sont des *syphilides tertiaires scléreuses atypiques.*

Conclusions. — Parmi les lésions et les maladies qui ont été groupées en bloc sous le nom de parasyphilitiques, les unes n'ont rien d'exclusif aux syphilitiques et doivent être considérées comme des phénomènes banaux d'origine toxi-infectieuse, les autres peuvent être admises comme se rencontrant exclusivement chez les syphilitiques, si l'on élimine les cas rares dus à des infections ou à des intoxications agissant de manière analogue à la syphilis.

Lorsque ces affections se rencontrent chez les syphilitiques, tout nous pousse à admettre que ces maladies et leurs lésions sont non seulement d'*origine* syphilitique, mais encore de *nature* syphilitique.

Le groupe des affections dites parasyphilitiques doit être démembré et on ne peut, sans inconvénients graves, grouper sous un même nom des faits d'ordre essentiellement différent.

Il y a lieu, sur ces nouvelles hypothèses, de reprendre l'étude des effets du traitement mercuriel dans les affections syphilitiques atypiques et, en particulier, dans celles du système nerveux. A conserver le terme d'affections parasyphilitiques dans son sens actuel, on aboutit à des conceptions insuffisamment prouvées au point de vue théorique et peut-être désastreuses pour un grand nombre de malades.

M. Barthélémy. — Je demande que la suite de cette discussion soit reportée à un moment où la Société pourra disposer de plus de temps; car il y aurait beaucoup à dire sur les points qui viennent d'être soulevés. Je me contenterai d'insister sur l'allure vraiment exceptionnelle, comparée à ce que nous voyons ailleurs, du processus syphilitique dans le tabes ou dans la paralysie générale. De plus, il est certain que ces lésions n'obéissent pas au traitement comme toutes les autres lésions spécifiques. Il y a donc de très notables différences bien suffisantes pour expliquer que les cliniciens se soient crus en droit de les classer tout à fait à part. Je crois que le

mercure, administré doucement et longtemps, surtout en injections, a donné contre le tabes des résultats plus favorables que n'importe quel autre traitement administré jusqu'à ce jour. Je crois aussi que sans la syphilis, le tabes et même la paralysie générale n'existeraient pas; mais je suis obligé de constater que si dans le tabes il y a des améliorations, des enraiements et même des guérisons certaines et durables par le traitement spécifique, il y a, pour la paralysie générale, par ces mêmes moyens bien des échecs déplorables, comme d'ailleurs par tous les autres traitements jusqu'ici connus. Est-ce parce qu'on arrive toujours en retard? je ne sais. Mais évidemment de ce côté les statistiques ne sont pas brillantes. Je note toutefois les résultats remarquables obtenus contre la paralysie générale par le Dr F. Devoy à l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu, qui signale des améliorations, des régressions et même des guérisons par les injections mercurielles insolubles et intrafessières, en procédant, non pas par série de six par exemple, mais en faisant une injection tous les quinze jours pendant deux ans par exemple, c'est-à-dire en agissant d'une manière adoucie mais continue, au lieu d'agir d'une manière intensive et interrompue.

Quant aux leucoplasies dont nous a parlé M. Leredde, c'est un mauvais mot en l'espèce; car il y a des faits incontestables de leucoplasies impossibles à distinguer cliniquement et histologiquement les unes des autres et qui n'ont rien de syphilitique, alors que pourtant la plupart des leucoplasies relèvent de la syphilis. Chez un homme qui n'a pas de lichen, qui a de bonnes dents, qui n'est pas alcoolique, mais qui est arthritique et fumeur, j'observe un type de leucoplasie de la joue, au niveau de la commissure labiale droite. Cette leucoplasie typique dure depuis quatre ans et le malade a aujourd'hui pour la première fois un chancre syphilitique et il n'a pas d'hérédité syphilitique.

M. Balzer. — J'ai soutenu des idées analogues à celles de M. Leredde dans mon article Syphilis du Traité de médecine de Brouardel et Gilbert et dans d'autres publications.

M. Vérité. — Au fond, il s'agit d'une appellation sur laquelle peut porter la discussion, car dans les affections parasyphilitiques la division nosologique est basée sur le traitement.

Forme rare de chancre lingual.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'un malade de vingt-huit ans, entré à l'hôpital pour une syphilide papuleuse assez discrète. Le chancre initial occupait la partie la plus reculée de la face inférieure de la langue. Il se montrait sous la forme d'un triangle à bords curvilignes dont la base répondait au frein de la langue. Sa surface exulcérée et diphtéroïde rappelait typiquement celle d'une plaque muqueuse de même siège. On l'en distinguait par :

1° Son *antériorité*. Il avait précédé d'un mois et demi l'éclosion des accidents secondaires;

2° Son *induration* très manifeste ;

3° Une *adénopathie* sous-mentonnière typique, avec adénopathie sous-maxillaire accessoire.

Aucune trace de chancre, aucune adénopathie dans la région génitale.

Hérédo-syphilis sans lésion dentaire.

Par M. Danlos.

Malade de vingt-cinq ans ; entré à l'hôpital pour une ulcération traumatique développée sur la jambe. Pas de syphilis acquise. On constatait une hypertrophie considérable et presque totale du tibia droit ; partielle et moins accusée du tibia gauche. Des deux côtés, des cicatrices cutanées adhérentes à l'os. On trouvait en outre une exostose médio-palatine ; une perforation de la cloison nasale, et une déformation de l'oreille gauche du type dénommé par Fournier oreille de faune. L'ensemble de ces lésions rendait très probable le diagnostic d'hérédo-syphilis ; car la tuberculose osseuse n'est pas aussi hypertrophiante. Ni l'hypothèse de la tuberculose ni celle d'une ostéomyélite ne pouvaient expliquer la déformation de l'oreille, et la lésion du nez. Il est remarquable qu'avec ces stigmates d'hérédo-syphilis, le malade avait une dentition en parfait état. Les dents étaient peut-être un peu petites, mais très saines et bien rangées. L'ostéite spécifique s'était montrée vers l'âge de onze ans, s'était accompagnée d'élimination de séquestre et avait duré deux ans. Aucun renseignement sur la perforation nasale pourtant très large dont le malade ignorait l'existence. Elle avait déterminé un affaissement du nez qui semblait tomber dans la bouche. Le malade déclarait que cette disposition avait toujours existé.

Mycosis fongoïde.

Par M. Danlos.

Femme de trente-cinq ans. Début de la maladie par la cuisse gauche sous forme de prurit, puis d'éruption. En trois ans l'éruption eczémateuse et lichénoïde est devenue presque générale avec îlots de réserve. La maladie évoluant suivant le type classique de Bazin, commence à déterminer la production de tumeurs. Deux existaient à l'entrée de la malade, l'une sur le bas-ventre, l'autre sur la cuisse droite. On constatait en outre çà et là sur la peau lichénifiée des disques rouges de grandeur variable à bords nets, légèrement saillants et des épaississements diffus beaucoup plus petits (lentille, pièce de cinquante centimes). Prurit très intense, santé générale excellente. Lésions de grattage (dermite pustuleuse). Après un mois de séjour à l'hôpital les deux tumeurs mycosiques étaient en pleine régression. Au jour de la présentation, elles se montraient sous la forme d'un bourrelet annulaire, très régulièrement arrondi en dedans, plus diffus du côté externe. Dans l'aire de cet anneau, la peau avait presque repris l'aspect normal ; sa blancheur et son aspect uni contrastaient avec l'apparence eczémato-lichénoïde des parties avoisinantes. Cette involution

s'était produite en l'espace d'un mois, pendant lequel la malade avait été soumise au traitement par le cacodylate de soude en piqûres (dix-huit piqûres de 50 centigrammes). Peut-être cependant l'involution était-elle purement spontanée, car le cacodylate n'avait en aucune façon modifié les démangeaisons violentes dont se plaignait la malade. Une biopsie faite par le Dr Gastou aux limites de la peau saine, et en un point où jamais, au dire de la malade, on n'avait vu d'épaississement, a permis de constater une fois de plus que les lésions eczémato-lichénoïdes dites prémycosiques ont déjà une structure caractéristique (Leredde) et permettent le diagnostic précoce de la maladie.

M. Leredde. — Avant d'avoir vu la malade j'avais examiné les coupes histologiques de sa peau et j'avais conclu à un mycosis. Le diagnostic histologique corrobore et précise, en tous points, le diagnostic clinique.

Tuberculose cutanée en foyers multiples, avec alopécie peladiforme tuberculisée secondairement.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'une femme atteinte de lupus tuberculeux typique au cou et à la figure ; portant en outre sur le tronc et les membres supérieurs une vingtaine de foyers de tuberculide pustulo-végétante. Spina ventosa du pouce droit. Cicatrices infantiles d'abcès ganglionnaires au cou, pas de lésions viscérales appréciables, pas d'albumine. Santé générale bonne.

Cette femme porte au-dessus de l'oreille droite une large plaque d'alopécie peladiforme incomplète. Peau lisse, unie, non cicatricielle, non séborrhéique ; les quelques cheveux conservés ont l'aspect normal. Cette plaque, au dire de la malade, serait congénitale. Elle mesure une dizaine de centimètres d'avant en arrière, quatre à cinq de haut en bas et a une configuration réniforme, à concavité inférieure. La partie du cuir chevelu symétrique de cette plaque était jusqu'aux deux dernières années parfaitement normale. Il y a vingt mois, à la suite d'une fièvre typhoïde, la maladie perdit partiellement ses cheveux qui repoussèrent. Sur la région symétrique de la plaque ophiasique primitive, il n'en fut pas de même. Les cheveux tombèrent en totalité et ne repoussèrent plus ; pendant quinze mois la nouvelle plaque déglabrée resta lisse et unie, en tout semblable à la première. Depuis quatre à cinq mois, elle a été envahie par une folliculite tuberculeuse.

En supposant exact le récit de la malade, on est conduit à imaginer qu'il existait originairement à l'état latent, dans la partie symétrique de la plaque primitive, une moindre résistance. La diminution de résistance augmentée par la fièvre typhoïde aurait causé d'abord la déglabration définitive ; puis l'envahissement tuberculeux. Cette hypothèse ne peut être donnée qu'avec beaucoup de réserve, mais ce qui pourrait contribuer à la rendre plus vraisemblable, c'est que sur le côté droit du tronc, les placards tuberculeux

affectaient une disposition zoniforme, semblant indiquer une influence trophonévrotique.

M. Jacquet. — Je crois qu'il s'agit peut-être d'une ophiasis suite de fièvre typhoïde, mais ce n'est qu'une hypothèse.

M. Brocq. — Ce qu'il y a de rare dans ces formes d'alopécie c'est l'unilatéralité. Il m'est arrivé souvent de voir de ces alopécies symétriques sus-auriculaires, à la suite de maladies.

M. Besnier. — Dans ce cas, l'intérêt pratique est dans la question du traitement.

M. Leredde. — Il s'agit ici de véritables décharges bactériennes cutanées. Le traitement général est indiqué, mais il faut y joindre un traitement local. L'ablation des lésions serait le procédé le plus sûr. A défaut le curetage profond permettrait de détruire les foyers de tuberculose profonds.

M. Danlos. — Cette malade a été traitée par places par le radium. Je n'ai pas trouvé chez elle de tuberculose interne pouvant amener des décharges à la peau.

J'ai essayé dans des cas analogues la médication cacodylique à haute dose sans avantages bien appréciables. J'ai l'intention d'opérer le grattage de tous les foyers sous le chloroforme et de compléter pendant le sommeil anesthésique par des badigeonnages de chlorure de zinc au maximum de concentration. Dans des cas semblables c'est ce traitement local, joint au traitement général par le créosotal et l'huile de foie de morue, qui m'a donné les meilleurs résultats.

Le secrétaire :

P. Gastou.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis d'origine non vénérienne.

La syphilis comme maladie non vénérienne (Syphilis as a non venereal disease), par D. Bulkley. *Journal of the American Med. Assoc.*, 6 avril 1901, p. 933.

Tandis que tous les pays civilisés ont pris des mesures de défense contre la plupart des maladies contagieuses, il n'a été rien fait d'analogue contre la syphilis. On considère toujours la syphilis comme une maladie strictement vénérienne et l'on ne prend contre elle que des mesures relatives à la prostitution.

Or, sans qu'il soit possible d'entrer dans des détails, la syphilis non vénérienne est extrêmement répandue et mérite bien l'attention de l'hygiéniste et du législateur. Il faut considérer la syphilis non pas comme une maladie vénérienne, mais simplement comme une maladie contagieuse au même titre que la scarlatine ou la diphtérie et lui appliquer la même législation.

Il faudrait que le fait de transmettre sciemment la maladie soit un délit punissable. Quand un logeur met des voyageurs dans une chambre précédemment occupée par un varioleux et non désinfectée et leur donne ainsi la variole, il est poursuivi; qu'il en soit ainsi pour la syphilis.

Peu à peu l'opinion publique s'habituera à considérer que la syphilis n'est pas une maladie exclusivement vénérienne. W. D.

Réinfection syphilitique.

Réinfection syphilitique (Remarks on reinfection in syphilis), par C. F. Marshall. *British Journ. of Dermatology*, août 1901, p. 288.

M. admet avec Hutchinson et Fournier que bon nombre de syphilis sont réellement guéries. L'apparition d'accidents parasyphilitiques comme l'ataxie ne prouve rien contre la guérison, car ils peuvent survenir comme suite d'une syphilis guérie. On peut admettre que certains cas d'ataxie très précoces sont dus à une première syphilis antérieure. La réinfection ne prouve pas la guérison, elle prouve la cessation de l'immunité.

La deuxième atteinte de syphilis n'est pas nécessairement moins grave que la première. Le temps qui s'écoule entre les deux atteintes est très variable; il était de deux ans et demi dans un cas de Mansell Moullin, ce qui prouve que l'immunité syphilitique n'est pas très solide. W. D.

Syphilides.

Syphilides ortiées (Syphilitic lesions of the wheal type), par H. Klotz. *Journal of cutan. and gen.-ur. diseases*, février 1901, p. 81.

La roséole ortiée n'est guère signalée que par les auteurs français, tous les autres la passent sous silence et cependant elle n'est pas absolument rare.

La roséole ortiée apparaît généralement 3 à 4 mois après le début, elle

peut être précédée d'une roséole ordinaire et suivie de syphilide papuleuse. L'éruption affecte principalement la face antérieure du tronc, elle est très discrète, formée d'éléments de 1/4 à 1/2 pouce de large, arrondis, saillants, ayant tout à fait l'aspect d'élevures urticariennes sauf une teinte plus foncée. L'épiderme qui recouvre l'élevure est normal, il présente les plis habituels de la peau; K. n'a jamais vu de desquamation. Il n'y a pas de prurit; les malades ne sont pas sujets à l'urticaire et ne sont pas dermographiques. L'éruption se développe lentement, persiste 6 à 8 semaines et disparaît en laissant des macules brunes. W. D.

Syphilide cutanée, fibromatose cicatricielle consécutive, démonstration histologique de neurofibromes multiples (Hautsyphilid, consecutive narbige Fibromatose, histologisch nachgewiesene multiple Neurofibrome), par R. Campana. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 169.

Homme de quarante-neuf ans, ancien syphilitique, présente sur différentes régions de la peau, principalement sur le dos et la nuque, une éruption caractérisée par des papules et des ulcérations alternant avec des cicatrices. La peau et le tissu sous-cutané de ces régions sont épaissis ; cet épaississement est plus prononcé à gauche qu'à droite où la peau, abstraction faite des papules, est molle et lâche et pend comme un fibrome molluscum. Les papules, de la grosseur d'une petite lentille, sont réunies en groupes presque circulaires ou arrondis ; elles ont une teinte foncée ou rouge fauve, qui ne disparaît pas complètement à la pression ; quelques-unes ont une surface lisse et présentent à leur centre une légère dépression; d'autres sont recouvertes d'une mince croûte noirâtre ou d'une squame blanchâtre, d'autres encore sont ulcérées avec un fond blanc grisâtre de détritus. Ces papules s'étendent plus en largeur qu'en profondeur, quelques-unes seulement pénètrent jusque dans le tissu sous-cutané. En général, elles envahissent tout le derme. Quelques-unes sont rénitentes, d'autres beaucoup plus dures. Dans la région cervico-dorsale le tissu sous-cutané est plus ou moins épaissi, en certains points aminci.

Les ganglions lymphatiques sont en général tuméfiés. La rate est un peu hypertrophiée; les autres organes internes sont normaux.

Le malade a succombé à une attaque d'apoplexie. L'examen histologique des parties de la peau envahies par l'éruption a montré qu'il y avait une infiltration cellulaire plus ou moins compacte, avec des leucocytes de petites dimensions, qui pour la plupart étaient normaux et avaient leur noyau et dont quelques-uns étaient en dégénérescence granulo-graisseuse. En même temps on constatait une vascularisation très abondante analogue aux états angiomateux. Les vaisseaux étaient de calibre assez régulier, ce qui contrastait avec ceux des parties voisines. Dans ces territoires cutanés l'infiltration était beaucoup plus dense.

Une autre particularité consistait dans le développement notable des glomérules des glandes sudoripares entourées par l'infiltration. Les rameaux nerveux périvasculaires étaient pour la plupart épaissis.

Ces néoplasmes neurofibromateux, cet état télangiectasique montrent bien qu'il s'agit d'une éruption d'origine à la fois syphilitique et neurotrophique. A. Doyon.

Histologie de la syphilide miliaire en corymbes (Report of a case of the corymbose syphilide), par A. Whitfield. *British Journ. of Dermatology*, août 1901, p. 283.

Homme de trente ans, présentant, neuf ou dix semaines après un chancre, une éruption généralisée de grosses syphilides papuleuses; pendant le traitement, chacune de ces syphilides s'entoure d'un corymbe de petites syphilides miliaires acnéiformes.

Bon nombre d'auteurs considèrent que cette forme de syphilides survient surtout sur un terrain tuberculeux. W. a excisé un groupe de lésions, il en a inoculé la moitié à un cobaye qui est resté sain. L'autre moitié a servi à des examens microscopiques. Les lésions occupent les follicules; l'épiderme corné de l'orifice folliculaire et de l'infundibulum est épaissi, parakératosique, les cellules sont nucléées et la couche granuleuse a disparu. Dans le derme on trouve une infiltration cellulaire très dense entourant le follicule pileux et les glomérules sudoripares voisins, s'étendant même dans le voisinage autour des vaisseaux.

La partie périphérique des amas cellulaires est formée de cellules allongées, sinueuses, à noyau fortement coloré et probablement d'origine conjonctive. Plus en dedans on trouve des lymphocytes; enfin le centre est occupé par des cellules épithélioïdes typiques et quelquefois par une cellule géante. On y trouve donc exactement la structure du follicule tuberculeux. L'infiltration qui entoure comme un manchon les petits vaisseaux du voisinage et surtout les veines, est formée presque uniquement de cellules plasmatiques. Dans un de ces amas, W. a trouvé une cellule en voie de mitose qu'il considère comme une cellule plasmatique. W. n'a pas pu trouver de microbes d'aucune espèce. W. D.

Gommes syphilitiques.

Gommes nodulaires multiples de la paume de la main, par P. Gallois. *Bulletin médical*, 24 juillet 1901, p. 662.

Homme de 33 ans, ayant eu, il y a six ans, la syphilis qui a été traitée surtout par l'iodure de potassium parce qu'il supportait mal le mercure. Il y a trois ans, nodosités variant du volume d'un pois à celui d'une noisette, au nombre d'une vingtaine à chaque main, occupant surtout la paume des mains, la face palmaire des doigts ; une ou deux seulement à la face dorsale des doigts, trois au-dessous de l'olécrâne droit, une au-dessous de l'olécrâne gauche; ces tumeurs s'étaient développées pour la plupart isolément ; cependant quelques-unes, disposées en chapelet, avaient apparu simultanément ; elles adhéraient à la face profonde du derme, étaient très dures, sans changement de couleur de la peau. Une des tumeurs, enlevée et examinée au microscope, était formée de tissus fibreux sans apparence de follicules tuberculeux. Plusieurs grosses tumeurs furent alors enlevées au bistouri. Le malade ayant suivi un traitement par le sirop de Gibert, les tumeurs les plus petites ont disparu et il ne reste plus actuellement que deux tumeurs, l'une à l'olécrâne droit, l'autre à la face dorsale de l'auriculaire gauche. Quoique le malade ait déclaré ultérieurement avoir vu les lésions cutanées débuter deux ans avant sa syphilis, G. pense qu'il s'agit de gommes syphilitiques et les rapproche des faits analogues observés par von Ley et par Lewin. G. T.

Anémie des syphilitiques.

Anémie des syphilitiques et urobilinurie (Prispévek k nauce o syfilitické anaemii se zvlastnim ohledem na zmény krve a urobilinurii), par F. Samberger. *Sbornika klinického*, 1901.

La syphilis modifie les globules rouges du sang et les rend extrêmement sensibles à l'action du mercure. Le traitement mercuriel paralyse ensuite l'action destructive de la syphilis, au point que les globules reprennent leur résistance normale.

L'urobiline peut se montrer dans l'urine des syphilitiques n'ayant subi aucun traitement et chez ceux qui ont été soumis au traitement mercuriel; elle résulte probablement dans les deux cas de la destruction des globules rouges. A mesure que la vulnérabilité des globules rouges diminue sous l'influence du traitement mercuriel, la quantité d'urobiline dans l'urine diminue de son côté, et finit par devenir nulle. Chez des syphilitiques dont l'urine ne renfermait pas d'urobiline, S. en a trouvé une demi-heure après une friction mercurielle dans un cas, cinq heures dans un autre, onze heures dans un troisième. G. T.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis du cervelet (Ueber Syphilis des Kleinhirns), par J. K. Proksch. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 397.

P. a écrit cet article pour combler une lacune des ouvrages sur les maladies vénériennes et des monographies des affections syphilitiques du système nerveux qui traitent véritablement par trop en marâtre la syphilis du cervelet.

P. n'a trouvé dans la littérature que 25 cas de syphilis du cervelet compliquée de différentes maladies syphilitiques ou non du système nerveux, principalement de la base du cerveau. Et, même ces cas ne peuvent être tous utilisés pour l'étude clinique, parce que les symptômes de la syphilis du cervelet sont en général plus ou moins effacés ou même tout à fait cachés par des symptômes particulièrement saillants des lésions des autres parties du système nerveux.

De tous ces cas il n'en est qu'un, celui publié par Siemerling, dans lequel se trouve clairement indiqué le symptôme caractéristique de la maladie du cervelet, la marche ataxique avec sensation de vertige.

On a signalé dans le cervelet les lésions suivantes : ramollissements, hémorrhagies, abcès, gommes, infiltrations gommeuses de formes différentes, d'étendue et de siège variables.

Greppo aurait le premier fait le diagnostic précis de la syphilis du cervelet, dans un cas de syphilis bien constatée auparavant, en se basant sur l'existence de l'ataxie cérébelleuse survenue trois mois après l'infection, et accompagnée de douleur à l'occiput.

Dans les autres cas publiés, le début de la syphilis remontait à une époque variant de plusieurs mois à plusieurs années. La syphilis du cervelet peut être guérie ou améliorée par le traitement ou avoir une terminaison fatale. A. Doyon.

Syphilis de l'oreille.

Othématome syphilitique (An unusual phenomenon of syphilis; othematoma), par Jos. Zeisler. *Journal of cutan. and gen.-ur. diseases*, février 1901, p. 86.

L'othématome, bien connu des aliénistes, est généralement attribué au traumatisme, mais il est à remarquer que bon nombre des aliénés qui en sont atteints sont des syphilitiques.

Z. rapporte l'observation d'un médecin de 40 ans qui eut une roséole six semaines après un chancre du doigt extirpé avec les ganglions axillaires tuméfiés. Dans le cours de la deuxième année survint une tuméfaction du pavillon de l'oreille ne se distinguant pas d'un othématome. L'incision laissa écouler un liquide épais, jaunâtre, mais pas de sang; chaque tentative d'évacuation était suivie d'une rechute. La maladie guérit promptement par l'iodure de potassium. W. D.

Syphilis de la vessie.

Ulcération syphilitique de la vessie (A case of syphilitic ulceration of the urinary bladder with marked haematuria), par C. Hinder. *Australasian medical Gazette*, 20 mars 1901, p. 92.

Un homme de 55 ans, maigre et anémique, a commencé depuis 9 mois à avoir des mictions fréquentes et des hématuries. Celles-ci sont devenues de plus en plus abondantes. Parfois il venait du sang en grande quantité, d'autres fois l'urine commençait par être claire, puis il venait des grumeaux noirs et à la fin un peu de sang pur. Pas de douleurs, sauf un peu de ténesme à la fin de chaque miction. A l'examen cystoscopique, on trouve à un pouce et demi derrière l'orifice urétéral droit un large ulcère taillé à pic, saignant et tapissé de caillots. Les traitements locaux les plus variés étaient restés inefficaces. Il n'y avait pas d'antécédents de syphilis, mais il y avait quelques cicatrices suspectes sur les jambes. On donna de l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. 50 par jour. Au bout de 10 jours, l'hématurie avait cessé et l'ulcère avait beaucoup diminué. Guérison complète au bout d'un mois. W. D.

Associations pathologiques de la syphilis.

Blastomycose et Syphilis (Relation of syphilis to blastomycetic dermatitis), par H. G. Anthony. *Journal of the American medical Association*, 13 juillet 1901, p. 104.

A. rappelle un cas de blastomycose qu'il a publié avec Herzog. Il montre que certaines formes de blastomycose peuvent survenir à titre d'infection secondaire à la suite de syphilides tertiaires et que ces cas correspondent exactement aux syphilides cutanées végétantes de Kaposi. Après un début franchement syphilitique, les lésions deviennent envahissantes et papillomateuses, et à l'examen microscopique elles ressemblent beaucoup à un épithélioma.

Zeisler déclare que depuis qu'il a vu les malades de Hyde, il est tout à fait convaincu de l'existence de la blastomycose. Tous les dermatologistes en ont probablement vu et ont hésité entre la tuberculose verruqueuse et la syphilis. W. D.

Traitement de la syphilis.

Recherches expérimentales sur l'absorption du mercure à la suite des frictions (Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur), par JULIUSBERG. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 65.

Des recherches récentes ayant démontré que les pommades mercurielles dégagent, à la température des appartements, des proportions notables de mercure, J. admet que, avec les méthodes de traitement dans lesquelles il ne peut se produire qu'une résorption insignifiante, voire même absolument nulle, par la peau, on peut obtenir une action thérapeutique très énergique. D'autre part, le mercure n'a qu'une action insignifiante lorsque l'évaporation est supprimée totalement ou partiellement.

De ces faits et de ses observations personnelles, J. conclut que le mercure de l'onguent mercuriel arrive dans l'organisme soit par les poumons, soit par la peau. C'est par la voie pulmonaire que pénètre la proportion la plus considérable de mercure; celle qui est introduite par la peau n'est pas absorbée sous forme de mercure métallique, mais sous celle de sel chimique résorbable. Bien que des quantités considérables de vapeurs mercurielles enveloppent le corps, il ne pénètre cependant dans l'organisme par l'intermédiaire de la peau qu'une très faible proportion, pratiquement insignifiante, de mercure (peut-être aussi sous forme de sels résorbables). Quant à l'élimination du mercure, J. croit, d'après ses expériences, qu'elle ne se fait pas par les voies respiratoires. A. DOYON.

Sur la présence du mercure dans la salive (Ueber das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel), par OPPENHEIM. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 339.

Jusqu'à présent on a fait peu de recherches sur la présence du mercure dans la salive. O. a employé la nouvelle méthode de Jolles, et il est arrivé aux résultats suivants :

Le mercure est éliminé par la salive d'une manière assez constante.

Après les injections le mercure apparaît plus tôt dans la salive qu'après les frictions; cependant dans les deux cas on l'y trouve plus tardivement que dans l'urine et les matières fécales.

Après les injections de sels mercuriels solubles, le mercure disparaît plus rapidement de la salive qu'après les frictions et dans les deux cas beaucoup plus tôt que de l'urine. Ce n'est qu'après un séjour continu et prolongé dans des salles où l'air renferme des vapeurs mercurielles que le mercure apparaît dans la salive. A. DOYON.

Traitement de la syphilis par l'iodipin (Das Iodipin in der Syphilistherapie), par C. GROUVEN. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 101.

G. a traité 23 syphilitiques avec l'iodipin administré soit à l'intérieur, soit en injections. Chez 5 malades on prescrivit trois fois par jour une cuillerée à café d'iodipin à 10 p. 100. Dans 19 cas on fit des injections avec une solution d'iodipin à 25 p. 100 (un de ces malades prit plus tard à l'intérieur de l'iodipin, à 10 p. 100). En règle générale, on injectait chaque jour 10 centimètres cubes de la préparation à 25 p. 100. Le nombre des injections a varié entre 5 et 25.

Pour les injections on employait une seringue contenant 10 centimètres cubes; on en faisait dans la région interscapulaire en prenant toutes les précautions habituelles. En réchauffant préalablement l'iodipin à 25 p. 100 on rend la technique de l'injection plus facile. Ni l'emploi interne, ni l'emploi sous-cutané de l'iodipin n'ont jamais provoqué le plus léger degré d'iodisme. Les résultats thérapeutiques, d'après les observations de G., sont des plus satisfaisants et ne s'accompagnent pas de parergies.

L'amélioration plus ou moins rapide obtenue avec l'iodipin ne doit pas étonner si on la compare à l'action de l'iodure de potassium. Il en est de même de la régression des infiltrats superficiels qui ne se produit souvent que quand on administre simultanément du mercure.

L'élimination lente de l'iode après les injections d'iodipin explique, selon G., l'action médicatrice remarquable de cette méthode d'administration de l'iode. A. Doyon.

Traitement de la syphilis par les injections d'iodipin (Zur Iodipininjectionsbehandlung), par M. Möller. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 113.

M. a essayé l'odipin depuis le mois de mars 1900 dans une vingtaine de cas de syphilis tertiaire. Il a constaté, comme d'autres auteurs l'avaient fait avant lui, que l'iode, après les injections d'iodipin, apparaît dans l'urine plus tardivement qu'après l'administration de l'iodure de potassium. Cette lenteur dans l'assimilation et l'élimination de l'iode est d'une grande importance et est regardée par quelques médecins comme un avantage réel. Mais, selon M., cet avantage serait douteux, car le premier et le meilleur résultat qu'on veut atteindre dans certains cas avec le traitement iodé, c'est une action thérapeutique rapide et énergique.

M. rapporte ensuite quelques observations de malades; il les divise en deux groupes : *a*) malades atteints de syphilides tertiaires guéris par l'emploi exclusif des injections d'iodipin; *b*) malades présentant des lésions syphilitiques analogues aux précédentes, chez lesquels ce traitement a exercé une influence favorable, mais dont la guérison n'a été obtenue que par l'administration de l'iodure de potassium.

M. pense qu'on ne sait pas encore si par des injections on peut introduire dans l'organisme de l'iode en quantité suffisante pour exercer une action thérapeutique de même valeur que la médication interne dans des cas graves de syphilis tertiaire.

En tout cas l'emploi de l'iodipin est d'un grand intérêt, surtout en ce que c'est le premier procédé qui permette de faire pénétrer par la voie hypodermique une proportion efficace d'iode. M. a pu constater aussi l'innocuité de cette méthode et l'absence de parergies.

On peut encore se demander si les injections d'iodipin, en raison du long séjour de l'iode dans l'organisme, ne peuvent pas être utilisées dans le traitement préventif intermittent de la syphilis. A. Doyon.

Iodure de potassium (iodure de sodium), iodalbacid, et iodipin (Ueber Jodkalium [Jodnatrum], Jodalbacid und Jodipin), par E. Welander. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 63.

Depuis quelques années on a publié de nombreux travaux sur les succédanés de l'iodure de potassium. W. a fait un grand nombre de recherches

sur l'élimination, le séjour dans l'organisme et l'action de ces médicaments comparés aux iodures alcalins.

W. expose tout d'abord quelques expériences personnelles qu'il a faites sur l'absorption et l'élimination de l'iode ; il a constaté que, si on donne de l'iodure de potassium par voie stomacale, l'absorption de l'iode est très rapide et qu'il s'élimine très promptement par les reins ; même à doses assez élevées, il est presque entièrement éliminé du sang au bout d'un jour ; après vingt-huit heures il faut une analyse chimique attentive pour en trouver une très minime proportion, et après quarante-huit heures il n'en existe plus aucune trace.

L'iodalbacide est lui aussi absorbé et éliminé rapidement, mais au point de vue thérapeutique on ne peut pas le comparer à l'iodure de potassium ; il présente les mêmes parergies. En outre, il est très pauvre en iode, il n'en contient que 10 p. 100, tandis que l'iodure de potassium en renferme 76,5 p. 100.

L'iodipin administré à l'intérieur est absorbé rapidement et énergiquement, mais pas au même degré que l'iodure de potassium. Par conséquent, sous ce rapport il n'offre aucun avantage ; d'autre part, les malades le prennent avec répugnance et il a les mêmes parergies que l'iodure de potassium.

En injections sous-cutanées l'iodipin est absorbé lentement et n'arrive dans le sang qu'en petites quantités, de plus on évite les parergies qui accompagnent souvent son emploi interne. Toutefois on peut, d'après les recherches de W., se demander si l'iodipin employé sous cette forme a une action thérapeutique énergique ; il serait beaucoup mieux approprié aux cures prophylactiques, puisqu'il séjourne longtemps dans l'organisme. Peut-être aussi a-t-on exagéré les inconvénients du traitement par l'iodure de potassium. Il serait possible d'éviter les phénomènes d'iodisme que provoque chez certains malades l'emploi de l'iodure de potassium en le prescrivant en lavement ; en outre, on a dans l'acide sulfanilique un médicament qui atténue sinon toujours, mais souvent les parergies de l'iodure de potassium, si même il ne les neutralise pas complètement. A. Doyon.

Importance et valeur pratique du traitement de la syphilis dans les stations climatiques (Ueber die Bedeutung und den praktischen Wert der Luesbehandlung in Kurorten), par Morgenstern. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 141.

Voici les conclusions de ce travail. La véritable valeur de toutes les stations climatiques, abstraction faite des conditions meilleures pour la surveillance plus stricte des malades et la direction plus facile de la cure, repose sur l'action de tous ces facteurs réunis. Ce sont les bains qui favorisent considérablement les mutations organiques, les cures de boissons dont l'action est diurétique, l'emploi des autres pratiques balnéothérapeutiques, les agents diététiques de la cure et les fortifiants, enfin les avantages hygiéniques qui résultent du changement de climat et des autres facteurs de la station climatique. A. Doyon.

Accidents du traitement mercuriel.

Des altérations observées dans les muscles, consécutivement aux injections de calomel (Ueber Veränderungen im menschlichen Muskel nach Kalomelinjectionen), par Allgeyer. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 7.

A. a étudié les foyers de deux injections intramusculaires faites depuis

peu. Les modifications qu'il a pu constater dans le tissu musculaire se présentent sous trois types différents dont l'étendue et les caractères varient suivant le siège du foyer et le point examiné.

Dans le premier type, où il se produit tout d'abord une nécrose et une réaction intense, les fibres musculaires se comportent d'une manière tout à fait passive; on doit les regarder comme des éléments morts qui sont entourés, infiltrés et dissociés par des cellules rondes, jusqu'à ce que finalement leurs rudiments forment avec les corpuscules de pus morts une masse de détritus. Quelques faisceaux des fibres résistent pendant un laps de temps relativement long à l'influence destructive. On les trouve au centre et à côté de foyers nécrotiques très caractérisés. Déjà Jadassohn avait fait remarquer l'existence de groupes de fibres assez bien conservées. Pour l'expliquer, il admet que le sublimé provenant de la préparation mercurielle détermine la conservation des fibres musculaires, tandis que, à la périphérie, le sublimé arrivant en plus faible proportion peut déterminer une nécrose de coagulation et la nécrobiose des éléments, ou encore que, dans les points où la préparation se trouve très faiblement répartie, par conséquent où la circulation est peu modifiée, c'est-à-dire à la périphérie, il se produit une transformation plus rapide en sublimé et que c'est en ce point que la nécrose se produit tout d'abord.

Dans le second type de dégénérescence, où le processus a une évolution plus lente, l'altération des fibres musculaires est moins accentuée, survient moins rapidement et est surtout caractérisée par la prolifération des noyaux, l'apparition et le dégagement des corpuscules musculaires. Ce type se présente sous un aspect tout à fait analogue à celui connu en pathologie musculaire sous le nom d'érosion lacunaire, aspect qui rappelle celui de la résorption de la substance osseuse sous l'influence des ostéoclastes qui se trouvent dans les lacunes d'Howship.

Dans le troisième type, les lésions principales consistent en une atrophie plus ou moins caractérisée qui, parfois, peut entraîner la disparition totale des fibres musculaires. Les fibres, dans ce type, ne présentent pas de signes de nécrose, elles sont amincies, rétrécies et aplaties. Le sarcolemme est rétracté ; il est plus ou moins intact et forme autour des fibres une deuxième enveloppe sur laquelle les restes de fibres, quand elles existent encore, s'appliquent étroitement en un point.

Des recherches d'A., il résulte que les injections intramusculaires de calomel, si elles sont faites dans de bonnes conditions, ne déterminent pas une réaction inflammatoire et une nécrose aussi vives qu'on est en général disposé à l'admettre. Dans ces cas, la transformation du calomel a lieu en un temps relativement court. A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

La Pratique dermatologique, traité de dermatologie appliquée, publié sous la direction de MM. Ernest Besnier, L. Brocq et L. Jacquet, t. II, 1058 pages, avec 168 figures en noir et 21 planches en couleur, Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1901.

On voudra bien m'excuser si je ne consacre que quelques lignes à des articles qui ont une valeur réelle mais dont le sujet est peut-être plus connu ou moins important et qui par cela même comportent moins de développements. De plus, l'espace dont je dispose m'est très strictement limité.

Eczéma, par Ernest Besnier. — En écrivant cet article, l'auteur s'est rappelé que les qualités maîtresses de notre pays sont la clarté, la mesure et l'ordre. On y retrouvera, et chacun en leur lieu marqué d'avance, l'historique du mot eczéma, l'historique des idées qu'il a recouvertes, la part de chacun dans les transformations qu'il a subies, les conceptions auxquelles on est conduit à son sujet à l'heure présente. Toute l'ère des travaux anatomiques sur la question y trouve son histoire et de même les travaux bactériologiques que ces dernières années ont vus naître. Chaque chose a son plan dans la mesure où elle devait s'y trouver et avec l'importance qu'elle exigeait. De ci de là, les lacunes encore existantes sont discrètement soulignées. Dans une première partie B. jette un coup d'œil rétrospectif sur la littérature dermatologique de Willan-Bateman à Hebra-Kaposi et à Bazin. Cet aperçu historique permet de se rendre facilement compte de l'évolution de la dermatologie du xixe au xxe siècle et d'apprécier la part qui, depuis Willan-Bateman, revient à chaque école dans l'édification de notre spécialité. B. en donne une notion très nette et très impartiale complétée par des notices bibliographiques fort instructives.

Dans une deuxième partie, B. étudie l'eczématisation et les eczémas (nosologie et pathogénie générales). Pour en donner une idée précise nous ne pouvons mieux faire que d'en donner le résumé :

« La conception nosologique de l'eczéma, créée au commencement du xixe siècle par Willan, et les conceptions développées jusqu'à sa terminaison, doivent être reconstituées sur des bases nouvelles et établies non d'après un caractère unique, mais d'après l'ensemble des phénomènes cliniques, histologiques et bactériologiques, tâche ardue qui ne saurait être l'œuvre d'un seul, ni d'un jour.

« C'est par mesure d'ordre immédiat que nous avons proposé de placer, à côté du mot eczéma, le mot eczématisation pour désigner deux choses distinctes et que l'on ne doit pas continuer à confondre dans un même terme. D'une part une entité morbide, une maladie, et, de l'autre, un syndrome objectif.

« L'épidermodermite, qui répond au terme d'eczématisation, peut naître plus ou moins facilement chez tous les sujets sous l'action d'irritations extrinsèques déterminées bien que très variées, mais elle ne devient *auto-*

nome, et elle ne représente l'élément d'une *maladie* comportant la désignation d'eczéma, que chez des sujets prédisposés, mis en état d'opportunité morbide par des conditions intercurrentes. Ses causes occasionnelles et ses interférences sont très nombreuses, qu'elles émanent du dehors ou du dedans, mais elle-même n'est le résultat exclusif d'aucune d'elles, et elle ne comporte aucune dénomination exclusive radicale basée sur la condition étiologique.

« Amicrobienne à son origine première, même quand elle est secondaire à des épidermodermites microbiennes, l'eczématisation, *une fois produite*, subit l'adultération microbienne, s'associe en complexus variés avec les lésions préexistantes, ou dérivées ; et de là naissent des *épidermodermites mixtes*, des *polydermites*, confondues jusqu'à présent avec elle.

« C'est de l'ensemble de ces conditions, et non d'une seule, que dérivent, chez les sujets prédisposés, les circonstances en raison desquelles la réaction irritative initiale et les infections secondaires au lieu de rester limitées, éphémères, facilement réductibles, évoluent avec ampleur, s'étendent, se multiplient plus ou moins à distance du foyer ou des foyers d'origine, et peuvent subir dans leur mode évolutif diverses modifications liées au siège anatomique, à la condition préalable du territoire envahi, — déclivité, état variqueux, contact intertrigineux, souillure par les liquides normaux ou pathologiques autour des orifices naturels, etc., — à la série composite de toutes les conditions morbides, sans exception, que peut présenter le sujet eczémateux.

« Chez les sujets prédisposés, la maladie eczéma ne naît jamais spontanément, selon la signification littérale du mot ; mais elle peut paraître et réapparaître sans avoir été provoquée *au lieu où elle évolue* par des conditions locales extrinsèques *appréciables*. Et d'autre part, elle peut évoluer sous l'action, obscure dans son mécanisme, — toxique directe, ou indirecte par voix réflexe — de troubles digestifs, de l'ingestion de diverses substances toxiques, telles que les mercuriaux, les bromures et les iodures, etc. ; des dysémies, toxinémies ou toxémies, glycémies, uricémies, urémies et autres adultérations sanguines à peine entrevues, soit immédiatement, soit indirectement, et secondairement à diverses affections cutanées préalables.

« Mais aussitôt que, pour des raisons vitales individuelles, l'état biochimique de l'individu sera restitué à la normale, et les phénomènes de l'eczématisation proprement dite terminés, les conditions culturales du champ eczématique cesseront d'être appropriées aux proliférations micrococciques adventices ; l'épidermoderme retrouvera ses aptitudes trophiques de défense normale, et il exécutera l'éviction totale des eschares épidermiques d'eczématisation, avec les éléments microbiens inclus. »

B. a donné le nom d'épidermoderme au territoire anatomique propre de l'eczématisation. Il étudie d'abord les lésions et les lésions symptômes de la portion dermo-épidermique : lésion primaire ; lésion secondaire. Il décrit ensuite les phénomènes para-eczématiques qui peuvent se mêler aux symptômes de l'eczématisation et les compliquer.

Un chapitre est consacré à la pathogénie, à l'étiologie de l'eczéma. Puisque l'agent premier « de tout le système eczématogène qui est un état

pathologique, anormal, du « milieu intérieur » est une condition vitale, trophique, anormale, de l'épidermoderme qui accroît son irritabilité, minore sa résistance propre aux excitations du dehors ou du dedans, et affaiblit son taux de défense, il est nécessaire d'avoir notion des conditions individuelles très diverses et très multipliées qui peuvent créer l'eczéma ». C'est de l'étude attentive de toutes les conditions pathogéniques que dérivera l'indication thérapeutique générale et locale, efficace. B. fait jouer un grand rôle à la prédisposition qui est à la base de tout eczéma. L'épidermodermite qui correspond à la notion d'eczématisation peut se produire plus ou moins facilement chez tous les individus sous l'influence de causes externes déterminées bien que très différentes, mais elle ne représente l'élément d'une maladie comportant la désignation d'eczéma que chez les sujets prédisposés qui sont placés par des conditions intercurrentes dans l'état d'imminence ou d'opportunité. Mais il est difficile de donner une définition précise de la prédisposition qui varie suivant les individus, et parfois chez le même individu.

B. définit ensuite ce qu'on doit entendre par arthritisme qui représente la plupart des conditions inconnues qui sont à la base des eczémas dits diathésiques. Par ce terme il faut entendre la série illimitée des dysthrepsies et des dyscrasies que Bouchard appelle « les maladies de la nutrition ». Cette expression n'est donc que la formule globale de la plupart des prédispositions morbides individuelles ; et la qualification banale « d'arthritique » donnée à un eczémateux indique qu'il est dans un état général de prédisposition morbide. Mais B. regrette la qualification d' « arthritique » appliquée aux déterminations eczématiques elles-mêmes, car rien ne justifie cette définition pour des manifestations de tout ordre que l'on *suppose* dérivées de troubles de la vie organique, mais sans en être sûr comme on l'est par exemple pour la syphilis. Il en est de même des formes eczématiques que Bazin avait rapportées à l'*herpétisme* et à la *scrofule*.

Dans les chapitres suivants, B. analyse les conditions qui, suivant l'évolution de la maladie, l'âge, l'état nerveux, les troubles organiques fonctionnels et matériels, etc., modifient les caractères de l'eczéma.

Il étudie ensuite les rapports qui relient les lésions, et les affections élémentaires de l'eczéma séborrhéique de Unna à l'eczématisation et aux eczémas vrais. Tout d'abord il remarque que « la prédisposition et l'hérédité gouvernent les séborrhéides et l'eczéma séborrhéique de la même manière que les eczémas vrais; et, chez les sujets qui en sont atteints, l'observation la plus élémentaire des *séries familiales*, ainsi que des *coïncidences pathologiques des maladies de la nutrition*, permet d'en faire la constatation chez les séborrhéiques et chez les eczémateux de tout ordre ».

B. désigne sous le terme de *stéatidrose* les troubles des fonctions de la peau qu'on observe dans le processus de plusieurs altérations cutanées, particulièrement dans le processus des lésions dénommées séborrhéiques par Unna. Quant aux affections désignées récemment, pour les séparer de l'eczéma, sous le nom de *séborrhéides*, il serait plus exact, selon B., de les décrire sous les noms de stéatodermies et de stéatidrodermies; leurs rapports avec les eczématisations sont évidents. Dans l'eczématisation

vraie, les lésions vont de l'épiderme *basal* vers la surface; l'altération primaire, la spongiose, est *initialement profonde*, s'élevant et s'exfoliant *ultérieurement*. Dans la série séborrhéique, le processus semble débuter *à la surface* comme dans les affections parasitaires locales, l'agent pathogène inconnu y a des effets très spéciaux; la *spongiose eczématique vraie* n'appartient pas à ce processus; si l'eczématisation intervient, on verra survenir sa caractéristique, la spongiose *initiale* profonde.

Dans la flore des « eczémas séborrhéiques » de Unna, on a trouvé trois bactéries incomplètement déterminées, proliférant en symbiose, mais il n'en est aucune à laquelle on puisse attribuer la qualité pathogène. On ignore également quelle est la condition pathogénique de l'eczématisation si fréquente des efflorescences « séborrhéiques ».

La dernière partie, qui ne comprend pas moins de 150 pages, est consacrée au traitement de l'eczéma. Dans cette étude très approfondie, B. indique, avec sa clarté et sa précision habituelles et d'après sa très grande expérience, les règles de régime, d'hygiène, le traitement interne, le traitement externe de l'eczéma suivant sa nature, ses caractères particuliers et les différentes régions. La lecture de cette admirable étude de thérapeutique doit être méditée par les dermatologistes et les praticiens. Tous y trouveront de précieux conseils pour la ligne de conduite à suivre en présence de cette infinie variété d'eczémateux dont les conditions générales de santé et les lésions locales sont si variées et réagissent parfois si différemment sous l'influence des médications et des applications en apparence les plus rationnelles.

Électricité, par L. Brocq et F. Bissérié. — B. et B. étudient les différents modes d'application de l'électricité en dermatologie et décrivent en détail les divers appareils. Ils recommandent l'électrolyse unipolaire pour la destruction des poils et dans les sclérodermies circonscrites, l'électrolyse bipolaire dans les nævi vasculaires plans ou légèrement turgescents, dans les nævi profonds.

Ils ont obtenu de bons résultats des *courants de haute fréquence et de haute intensité* dans certaines dermatoses, notamment dans les cas de prurit rebelle. Quant aux rayons X, ils pourront rendre de grands services lorsque la technique opératoire en aura été déterminée d'une manière rigoureuse.

Éléphantiasis, par Dominici. — Étude très complète et tout à fait mise au point des derniers travaux qui ont été publiés sur cette affection. Le syndrome anatomo-clinique peut apparaître dans deux circonstances différentes. Tantôt aucune maladie antérieure ne lui a servi de cause d'appel; tantôt il est en quelque sorte évoqué par des antécédents morbides appropriant le terrain à son développement. Dans le premier cas il y a éléphantiasis, dans le deuxième cas, état éléphantiasique. D. étudie successivement ces deux modalités de la maladie éléphantiasique.

Épithéliomes, par J. Darier. — Dans cette très intéressante étude on retrouvera toutes les qualités de méthode et de précision qui caractérisent les travaux de notre distingué confrère. Elle est surtout écrite au point de vue histologique. Bien des obscurités entourent encore la pathogénie des épithéliomes; D. nous donne une analyse très pénétrante des influences qui peuvent agir sur le développement de ces tumeurs; il en décrit les formes

cliniques, tout en réservant expressément la question de la différence de ces formes qui est encore loin d'être certaine.

D. étudie ensuite les diverses variétés d'épithéliomes : cancroïde vulgaire, épithéliome plan cicatriciel (épithéliome perlé d'E. Besnier), ulcus rodens, épithéliomes adénoïdes, carcinomes de la peau, épithéliomatose multiple sénile.

Éruptions artificielles, par G. Thibierge. — Cette très nombreuse série des maladies de la peau, est ici décrite principalement au point de vue pratique. T. les divise en éruptions professionnelles, médicamenteuses (provoquées dans un but thérapeutique, externe et interne), d'origine alimentaire et enfin en éruptions simulées. Dans toutes ces affections les prédispositions individuelles jouent un rôle très important. Les descriptions sont très claires, très méthodiques.

Érythèmes, par E. Bodin. — C'est en général sous l'influence de troubles de l'innervation que se produisent les érythèmes. Les causes qui peuvent mettre en jeu le mécanisme nerveux qui déterminera la dilatation des vaisseaux sanguins sont très nombreuses.

L'érythème polymorphe (érythème exsudatif multiforme de Hebra) comprend des faits absolument dissemblables ; Brocq en a déjà disjoint les dermatites polymorphes douloureuses. Le traitement ne peut être que symptomatique, en raison de notre ignorance de la condition pathogénique de cette affection.

Dans les deux derniers paragraphes B. décrit les *érythèmes rubéoliformes* dont les variétés cliniques sont nombreuses et complexes et ensuite les *érythèmes scarlatinoïdes*. Dans ces derniers groupes il comprend les *érythèmes scarlatinoïdes* qui sont secondaires à des maladies infectieuses et en second lieu les *érythèmes desquamatifs scarlatiniformes récidivants* qui renferment une série importante et encore mal connue d'érythrodermies.

Les opinions exposéees par B. dans cette intéressante étude s'appuient en leur partie essentielle sur les travaux d'E. Besnier.

Érythrasma, par Balzer. — Étude courte mais substantielle.

Erythrodermies exfoliantes généralisées, par Brocq. — Dans cet article, B. donne une synthèse très complète et très précise des nombreux et remarquables travaux qu'il a plusieurs fois déjà consacrés à ces affections. Il décrit très en détail la *dermatite exfoliative généralisée* (maladie de Wilson-Brocq). Il expose avec une grande clarté les différentes étapes de l'histoire de cette affection dont la desquamation est l'objet d'une étude minutieuse. Des coupes histologiques permettent de se rendre facilement compte des lésions de l'épiderme et du derme que l'on rencontre dans cette maladie.

Dans les derniers chapitres, B. traite 1° de la *dermatite exfoliative épidermique* décrite par Savill, 2° de la *dermatite exfoliative des enfants à la mamelle*, et 3° du *pityriasis rubra* de Hebra. On retrouvera dans les descriptions de ces affections toutes les qualités de méthode et de clarté qui distinguent les travaux de notre distingué confrère.

Esthiomène, par W. Dubreuilh. — Pour D., l'esthiomène est constitué par des ulcérations chroniques de la vulve avec hypertrophie des parties avoisinantes. Il a pour point de départ une plaie quelconque (chancre mou,

syphilome, traumatisme, grattage, etc.). On l'observe principalement chez les femmes misérables, alcooliques, mal nourries, etc.

Les ulcérations sont entretenues, surtout chez les prostituées, par l'absence des soins de propreté et l'abus du coït professionnel.

La stase lymphatique joue ici le rôle de cause prédisposante ; les ulcérations, avec ou sans poussées de lymphangite, avec ou sans obstruction lymphatique, amènent graduellement un état éléphantiasique vulvaire.

Favus, par E. Bodin. — Dans cette étude fort attachante, B. précise quelques points intéressants concernant l'étiologie de cette mycose. L'origine saprophytique, hypothèse émise en premier lieu par B., est certainement possible puisqu'elle a été démontrée pour d'autres mucédinées. B. décrit ensuite les variétés atypiques de cette mycose dont il évalue la proportion à 8 ou 10 p. 100 des cas d'après sa statistique personnelle.

On a récemment essayé les rayons X pour obtenir une épilation complète, mais les résultats n'ont pas été tout à fait satisfaisants, parce qu'on n'enlève pas les gaines radiculaires qui sont envahies par les champignons faviques.

Folliculites, par R. Sabouraud. — S. a fait sur le mot folliculite la synthèse des pustulations périfolliculaires cutanées ; or, toutes les pustulations cutanées sont folliculaires. Son article est donc un article sur les pustulations cutanées. Il les identifie dans leur cause, quelle que soit la forme clinique qu'elles revêtent ; sans doute elles peuvent être occasionnées par plusieurs staphylocoques, mais c'est toujours un staphylocoque qui en est la cause et le plus souvent c'est le staphylocoque doré.

S., examinant la lésion élémentaire caractéristique des follicules, montre qu'elle est toujours à l'origine orificielle et que ce n'est que plus tard qu'elle devient profonde. Ainsi tous les abcès profonds folliculaires ne sont que des dérivés de la pustule orificielle primitive qui acquiert ainsi toute l'importance d'une lésion cutanée élémentaire.

S. envisage ensuite cette lésion élémentaire au triple point de vue clinique, anatomique et bactériologique. Un point essentiel à noter c'est que le microbe que l'on extrait en cultures pures des folliculites orificielles est le staphylocoque doré. S. décrit successivement les éruptions pustuleuses du cuir chevelu (impétigo de Bockhart), les dermites artificielles, manouvrières, celles causées par des traumatismes épilatoires, par des traumatismes médicamenteux. Ce qui constitue le grand mérite de S., c'est d'avoir relié, au nom de la clinique et de l'expérimentation, des formes morbides semblables éparpillées dans les diverses parties de la dermatologie (acné cadique, hydrargyrie pustuleuse, etc.).

En démontrant que les folliculites orificielles peuvent devenir des folliculites profondes, S. a résumé et synthétisé l'histoire des acnés pustuleuses : acné furonculeuse, acné kéloïdienne du cou, acné nécrotique et ces folliculites chroniques qui constituent les sycosis. Enfin dans cet article S. expose avec une clarté et une précision parfaites le mécanisme des infections pustuleuses secondaires qui viennent se surajouter aux dermatoses les plus diverses et qui pour certaines, comme l'eczéma, ont compliqué le problème de leur étiologie.

Aussi bien dans l'impétigo que dans l'intertrigo, que dans l'eczéma, ces

pustulations sont secondaires à un processus initial différent d'elles, et pourtant on avait donné à tort, comme la lésion élémentaire de l'eczéma, la pustule staphylococcique décrite comme morococcique. Ces faits en apparence disparates sont ainsi unifiés et expliquent leur genèse. Cette synthèse est le côté le plus intéressant de ce remarquable article ; toutefois il reste encore certains points à élucider.

Furonculose, par Barozi. — Très bonne étude des symptômes et de la pathogénie du furoncle et de l'anthrax.

Gale, par Dubreuilh. — D. expose l'histoire complète de la gale, de ses éruptions et de ses divers traitements.

Gangrène cutanée, par Dehu. — Article très documenté et très clair sur les infections gangreneuses, les gangrènes infectieuses disséminées des enfants et comprenant tous les faits qui se rattachent à ces affections et à leur pathogénie.

Gerçures, par Barthélemy. — B. décrit la symptomatique de ces petites plaies de la peau ou des muqueuses, leur pathogénie et leurs complications, en insistant tout particulièrement sur le rôle que le terrain joue dans leur évolution.

Greffes, par Barozzi. — B. étudie successivement les différentes variétés de greffe ainsi que les divers procédés d'autoplastie.

Hématodermites, par Leredde. — L. expose ses idées bien connues sur la signification des cellules éosinophiles. Le type des hématodermites est la dermatose de Duhring-Brocq (dermatite polymorphe douloureuse de Brocq). L. n'applique ce nom qu'aux dermatoses dans lesquelles on est en droit de soupçonner la formation de produits toxiques secondaires, dus aux réactions provoquées par un premier agent toxique dans les organes hématopoiétiques et leucopoiétiques. Cette théorie pourra contribuer à expliquer l'origine de quelques dermatoses attribuées jusqu'alors à d'autres causes ; mais il reste encore bien des points à éclaircir dans l'hématologie des maladies de la peau.

Herpès, par Du Castel. — L'auteur donne une description très complète de l'*herpès*, de ses diverses variétés et notamment de l'herpès récidivant.

Hydroa vacciniforme, par J.-B. Laffitte. — L'anatomie pathologique, l'étiologie, la pathogénie sont présentées sous une forme concise mais très nette.

Ichthyose, par G. Thibierge. — T. donne un exposé clinique de l'*ichthyose* et énumère tous les éléments étiologiques qui peuvent expliquer l'origine de cette dermatose essentiellement familiale et héréditaire et termine par un chapitre contenant des aperçus nouveaux sur l'ichthyose fœtale. Les enfants atteints de cette affection et qui survivent présentent des lésions cutanées, notamment des ongles, qui rapprochent l'ichthyose fœtale du type clinique de kératose congénitale auquel Brocq a donné le nom d'hyperépidermotrophie généralisée. Dans ce type clinique Brocq a observé la production de bulles se développant à la suite des traumatismes les plus légers. Les lésions anatomo-pathologiques de l'ichthyose fœtale se distinguent essentiellement de celles de l'ichthyose vraie, ainsi que le démontrent les observations de T. et des constatations faites par Darier chez trois malades.

Impétigo, par R. Sabouraud. — Cet important mémoire commence par un chapitre qui conduit à la définition et montre clairement ce qu'elle doit être. C'est l'histoire des conceptions dermatologiques que ce mot a recouvertes au dernier siècle.

C'est donc l'impétigo décrit successivement par Willan, Alibert, Biett et repris par T. Fox qui fait le sujet de cet article, c'est l'impétigo à croûtes sigillaires, c'est l'impétigo à streptocoques. Après avoir étudié sa lésion élémentaire, clinique, anatomique et microbienne, S. décrit sa marche, son évolution, son mode de disparition, ses récidives, son état chronique si longtemps désigné comme un état lymphatique constitutionnel.

Ces bases une fois posées, S. passe à l'étude de l'impétiginisation qu'il définit : « l'ensemble des symptômes caractéristiques de l'impétigo, lorsqu'ils viennent se surajouter, non plus par points isolés, mais diffusément sur une dermatose préalable ayant sans l'impétiginisation et au-dessous d'elle ses symptômes propres et son existence individuelle ». Après avoir étudié l'impétiginisation des lésions fixes (lupus, syphilides, cancroïdes), S. passe à l'impétiginisation des lésions mobiles (eczéma et prurigo) et il établit que, partout où l'on trouve cliniquement un épiderme dépouillé de sa couche cornée, couvert d'une imperceptible couenne grisâtre avec exsudation abondante sur toute sa surface, il s'agit d'une dermatose infectée secondairement par le streptocoque. Ceci est capital, étant donné que l'eczéma aigu des grandes surfaces traverse presque inévitablement cette phase.

S. termine son article en étudiant le type clinique de l'épidermite chronique à streptocoques qu'il a déjà décrit l'an dernier dans les *Annales*.

Impétigo herpétiforme, par W. Dubreuilh. — D. fait une description très claire de cette maladie, pour laquelle on ne peut jusqu'à présent établir de limites précises, par suite du manque d'un critérium anatomo-pathologique. D. s'en est tenu au type décrit par Hebra-Kaposi.

Intertrigo, par Marcel Sée. — S. indique des caractères cliniques de cette dermite en en précisant avec soin les différentes variétés.

Kératodermies symétriques, par W. Dubreuilh. — D. décrit d'abord comme *kératodermies proprement dites :* 1° la kératodermie palmaire et plantaire symétrique congénitale et héréditaire ; 2° la kératodermie symétrique acquise des adultes ; 3° l'érythème kératosique ; 4° la kératodermie arsenicale et ensuite les *kératodermies symptomatiques*, dénomination sous laquelle il range les kératodermies qui ne sont que la localisation palmaire et plantaire de dermatoses généralisées ou de siège variable.

Kératose pilaire, par Veyrières. — Après les remarquables recherches publiées dans ces *Annales* par E. Besnier et Brocq sur la kératose pilaire, le travail de V. est un des plus complets qui aient été écrits sur cette dermatose. V. adopte la manière de voir de Brocq qui sépare nettement la kératose pilaire de l'ichthyose. Les lésions microscopiques sont décrites d'après les travaux récents de Lenglet et de Jacquet.

Kraurosis vulvæ, par Marcel Sée. — S. consacre un très court article à cette affection, qui est assez rare et dont la nature est encore entourée d'obscurités.

Langue. Muqueuse buccale, par Bénard. — Cet article, qui termine le

volume, est remarquable à tous les points de vue et montre la compétence particulière de l'auteur sur cette question. B. décrit en détail parmi les efflorescences dont la langue peut être le siège : la desquamation aberrante en aires de la langue, la langue noire, la glossodynie, les langues lisses, la leucokératose, etc. De toutes ces affections, la plus importante sous beaucoup de rapports est la leucokératose qui se transforme assez fréquemment en épithéliome. B. en donne un exposé clinique très complet.

L'étiologie et le diagnostic sont l'objet d'une étude approfondie, mais bien des points restent encore enveloppés d'obscurités. B. termine par une analyse critique des divers traitements qui ont été préconisés et met en garde contre l'abus des cautérisations ; il faut toujours se rappeler l'ancien adage : *primo non nocere*.

En terminant l'analyse de ce deuxième volume de la *Pratique dermatologique*, nous tenons tout particulièrement à féliciter les éditeurs sur la typographie et l'illustration de ce deuxième volume. Elles ne le cèdent en rien à celles du premier volume et en font une des œuvres les plus remarquables de la librairie scientifique française. A. DOYON.

Die Hautkrankheiten, par A. JARISCH (24e volume *de Specielle Pathologie und Therapie*, herausgegeben von Hermann Nothnagel), 1re partie, 1 vol. in-8° de 435 pages, Vienne, 1900, Alfred Hölder, éditeur.

On peut dire sans aucune exagération que la dermatologie traverse une période de grande et féconde activité. Chaque année est marquée, soit en France soit à l'étranger, par l'apparition d'un ou de plusieurs ouvrages de notre spécialité, portant les signatures des spécialistes les plus autorisés de notre époque. A Paris, à Vienne, à Breslau, à Londres et à New-York, l'émulation est considérable et les œuvres qui en sont la conséquence nous permettent d'apprécier dans leurs moindres détails les différences qui séparent les écoles. Ces études sont le point de départ d'une marche en avant et contribuent aux progrès incessants de la dermatologie.

Le nouveau traité que nous tenons à signaler aux lecteurs des *Annales* est dû au professeur A. Jarisch, un des élèves les plus distingués de l'École de Vienne. A côté de l'exposé clinique de chaque maladie on trouvera non seulement les recherches personnelles de l'auteur, mais un résumé très documenté des travaux qui ont été publiés sur chaque question. Chaque chapitre se termine en outre par un index bibliographique.

Cette première partie est illustrée de vingt-sept dessins intercalés dans le texte. Ceux qui ont trait à la partie anatomique sont pour la plupart la reproduction des figures de l'ouvrage bien connu de v. Bruns. Les descriptions du pemphigus, du psoriasis, du lichen ruber sont accompagnées de dessins d'une très grande netteté qui permettent de s'orienter facilement dans les descriptions de ces dermatoses. Tout ce qui est encore hypothétique, ainsi que les détails concernant chaque affection, sont imprimés en petit texte ou laissés de côté. La partie thérapeutique a été très développée, elle répondra aux desiderata des médecins et des spécialistes ; les indications et la technique sont aussi clairement exposées.

En ce qui concerne le pemphigus, qui est encore un des points noirs de la dermatologie, l'étiologie des cas décrits sous cette dénomination est

encore tout à fait obscure, ce qui rend leur systématisation particulièrement difficile. Quant au processus local, on ne saurait dire s'il est provoqué par une action nocive directe sur les vaisseaux ou s'il est déterminé par les nerfs, ou encore s'il s'agit de troubles trophonerveux : théorie neuropathique ou théorie infectieuse. La théorie qui regarde le pemphigus comme le résultat d'agents toxiques présente de grandes probabilités, bien qu'il n'y ait pas un seul fait clinique pouvant contribuer à sa démonstration. J. a très judicieusement posé la question en mettant en parallèle les faits et les recherches cliniques qui militent en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux théories.

Pour l'eczéma, J. est resté fidèle aux doctrines de Hebra-Kaposi.

En ce qui concerne l'étiologie du psoriasis, J. expose les théories encore en discussion sur la pathogénie de cette affection : théorie neuropathique, théorie parasitaire. Cette dernière opinion compte aujourd'hui de nombreux partisans, bien qu'on n'ait pas encore pu découvrir l'agent morbide.

Nous ne saurions trop recommander ce nouveau traité des maladies de la peau, dont la lecture sera profitable à tous ceux qui s'intéressent aux études dermatologiques. La deuxième partie sera accueillie avec la même faveur que la première par le public médical. Nous en rendrons compte. A. Doyon.

NOUVELLES

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. — *Session de Toulouse, avril 1902.* — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie tiendra une session à Toulouse pendant la semaine de Pâques 1902.

Les séances auront lieu le mardi 1er et le mercredi 2 avril et, s'il y a lieu, le jeudi 3 avril, de 9 à 11 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, dans une salle voisine de la Clinique dermatologique et mise à la disposition de la Société.

L'ordre du jour des séances sera imprimé à l'avance et adressé à tous les membres de la Société dans le plus bref délai possible, afin de faciliter les discussions sur les communications.

Les membres de la Société qui se proposent de faire des communications dans le cours de cette session sont priés d'en indiquer le titre, avant le **10 mars,** dernière limite, au Secrétaire général de la Société, M. le Dr Hallopeau, 91, boulevard Malesherbes, à Paris, ou à M. le professeur Ch. Audry, 7, rue de la Concorde, à Toulouse.

Ve Congrès international de Dermatologie. — Le Comité d'organisation du Ve Congrès international de Dermatologie a décidé que ce Congrès se réunirait à Berlin en 1904. Le Comité a choisi comme Secrétaire général M. le Dr O. Rosenthal.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



MORIZ KAPOSI

1837 — 1902

I

Le professeur Kaposi est mort à Vienne le 6 mars, au cours d'une maladie du système circulatoire, dont les premiers accidents avaient éclaté brusquement le 25 octobre 1900, deux jours après la célébration de son jubilé. Bien qu'une amélioration rapide fût survenue, il n'échappa pas à ses intimes que l'évolution morbide progressait, et, à la fin de l'année 1901, au retour des vacances, la gravité définitive devint manifeste. Cependant, avec son extraordinaire énergie, il conserva toute sa sérénité, continua ses leçons cliniques pendant presque tout l'hiver, et, sans rien perdre de son activité habituelle, remplit toutes les exigences de sa pratique privée ; le 2 mars seulement il prit le lit, et succomba le quatrième jour après son alitement.

Cette mort, survenue avant l'heure inévitable, a frappé douloureusement le corps médical de Vienne, et l'École dermatologique d'Autriche, dont le professeur Kaposi avait, pendant un quart de siècle, hautement maintenu le rang, la renommée et le prestige; elle provoquera les mêmes regrets et le même deuil partout où notre science est cultivée !

Collègues ou amis, confrères ou disciples, tous se rappelleront également la droiture et l'aménité de son caractère, l'éclat et la vivacité de son esprit, l'élévation de son enseignement, le charme et l'originalité de sa parole ! Dans les discussions scientifiques, personne ne défendait ses opinions et ses doctrines avec plus d'ardeur et plus d'énergie que lui ; mais aussitôt la controverse consommée, il reprenait son calme, sa sérénité, et toute sa bienveillance habituelle.

A deux reprises, en dix années, nous avons publié en langue française son Traité des Maladies de la peau, signalant, en pleine liberté de parole, les très nombreux points de fait, ou de doctrine, sur lesquels nous n'étions pas en accord ; et jamais une seule fois ces divergences publiques n'ont altéré la sincère et fidèle amitié qu'il nous a conservée jusqu'à sa dernière heure.

Aucun de ceux, enfin, qui ont pris part à nos Congrès n'oubliera qu'à chacune de ces réunions internationales, si fécondes, à Vienne ou à Londres, à Berlin ou à Paris, le professeur Kaposi, en même temps que les toujours regrettés Ernst Schwimmer et Henri Feulard, a été au premier rang de ceux qui ont le plus contribué à fonder la famille dermatologique internationale sur des bases solides.

II

Moriz Kaposi était né le 23 octobre 1837 à Kaspovar en Hongrie ; il fit ses études à l'Université de Vienne, où il fut reçu docteur en 1861, et privat-docent en 1866 (*Ueber Syphilis der Mund-Rachen-Nasen-and Kehlkopfhöle*). Il brillait au premier rang de la magnifique pléiade d'élèves et de disciples fidèles et dévoués de Ferdinand Hebra, H. Auspitz, toujours regretté F.-J. Pick, J. Neumann, H. v. Hebra, etc., qui, par leurs recherches, leurs travaux personnels, leur enseignement, ont puissamment contribué à consacrer la gloire de l'école dermatologique d'Autriche !

Devenu le gendre et le collaborateur de Hebra, il a conservé jusqu'à la dernière heure le culte passionné de son œuvre et de sa doctrine, et il en est demeuré le gardien vigilant. A la vérité, ce culte a été absolu, et sur plusieurs points de la science dermatologique le disciple s'immobilisa dans son intransigeance ; mais lui seul en a pu souffrir ; le progrès n'en a pas été entravé, et nous ne pouvons que nous incliner devant ce rare exemple d'inébranlable fidélité.

A toutes les époques de sa vie, Kaposi a été un travailleur ardent et infatigable, donnant satisfaction à toutes les exigences de sa situation, quelque multipliées qu'elles fussent, et toujours sur la brèche ! Avec la plus grande régularité il assistait aux séances de la Société I. et R. des médecins de Vienne; et c'est avec un zèle et un entrain extraordinaires qu'il dirigeait les réunions de la Société viennoise de dermatologie. Cinq fois, chaque semaine, il faisait ses cliniques en présentant toujours, soit des malades de sa division, soit des sujets qui venaient à l'Ambulatorium.

Aucun professeur ne fut plus remarquable par la clarté et par la précision des descriptions, par l'enchaînement topique de ses déductions ; son diagnostic était très nettement établi, affirmé, formulé ; les indications curatives basées sur sa vaste et longue expérience, et c'est sous les yeux des élèves que se faisaient les interventions thérapeutiques. Si l'on ajoute à cela que, dans l'organisation de l'école de Vienne, c'est un même assistant qui reste auprès du maître pendant cinq à six années, on comprendra sans peine le succès et la valeur d'un enseignement aussi complètement clinique et pratique, et combien il est fructueux pour la science, pour les malades, et pour les élèves !

Doué d'une grande facilité d'élocution, Kaposi s'exprimait toujours avec une réelle simplicité, on peut même dire avec une certaine bonhomie. Ses cliniques étaient très suivies et fréquentées non seulement par les élèves de l'Université nationale, mais encore par de nombreux élèves et médecins étrangers, désireux de se perfectionner dans la pratique et dans la science dermatologiques, et de puiser à leur source les éléments de la doctrine de l'école de Vienne.

III

Nous ne pouvons aujourd'hui exposer dans son entier l'œuvre scientifique du professeur Kaposi, et nous devons nous borner à l'indication de ses principales publications. On sait qu'il a collaboré au premier volume du grand Traité de Hebra, et que la rédaction tout entière du second volume lui appartient. Ses Leçons sur la pathologie et le traitement des maladies de la peau ont eu cinq éditions, successivement revues et augmentées; elles représentent, avant tout, une œuvre maîtresse de vulgarisation; deux d'entre elles ont été traduites par nous en langue française et annotées; jusqu'à l'heure présente, elles ont constitué le principal traité classique de dermatologie.

Sans les mettre sur le même rang, nous citerons encore : son Traité des maladies vénériennes ; un Atlas avec texte en trois volumes (*Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute*); trois volumes encore de planches en couleur, représentant un nombre considérable de maladies de la peau (*Handatlas der Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte*, 1898, 1899, 1900). Enfin, le professeur Kaposi a publié un très grand nombre de travaux dermatologiques parmi lesquels il faut citer ceux qui ont trait au rhinosclérome, au xeroderma pigmentosum, à la dermatite papillaire, à l'acné varioliforme, à la lymphodermie pernicieuse, à l'urticaire pigmentaire, au lichen ruber moniliforme, au sarcome pigmentaire idiopathique multiple de la peau, etc., etc. ; ses recherches sur le naphtol, l'épicarine, la chrysarobine, le pyrogallol, etc., etc.

IV

Nous n'avons pu, dans cette courte notice, exposer complètement l'œuvre du professeur Kaposi; notre but principal a été d'exprimer les regrets profonds de toute la famille dermatologique, et, comme nous l'avons fait il y a vingt-deux ans pour son illustre maître, de lui rendre ici publiquement l'hommage que nous regrettons de n'avoir pas pu porter au bord de sa tombe. Et, comme nous l'avons dit pour le maître, nous dirons pour le disciple : Si nos paroles peuvent être de quelque allègement pour la douleur des siens, et paraître à ses élèves vraies et justes, nous aurons accompli la tâche que nous nous étions donnée.

Ernest Besnier, A. Doyon.

TRAVAUX ORIGINAUX

NATURE ET TRAITEMENT DE LA PELADE. LA PELADE D'ORIGINE DENTAIRE.

Par **Lucien Jacquet** (1).

Critérium étiologique.

On voit maintenant pourquoi j'ai groupé ici une série d'observations de pelades, précédées de manifestations névralgiques dans le domaine exclusif de la Ve paire, les *plus fréquentes d'ailleurs de beaucoup :* c'est que, par cela même, l'appareil dentaire vient en suspicion. C'est bien là, n'est-ce pas ? une donnée classique.

Ce que je dis de la névralgie pure, est vrai, *a fortiori*, de la névralgie fluxionnaire, de la vulgaire « *fluxion* », pour qui l'épine irritative *dentaire* est, à peu près sans exception, la règle.

Mais ces données approximatives ne sauraient suffire ; il faudrait ici une précision *anatomique :* y a-t-il ou non, dans ces faits, une irritation dentaire EN ACTE, exactement localisable ?

Oui : Ce travail contient 29 faits, où le syndrome plus ou moins complexe, tel que j'en ai donné les grandes lignes, gravite autour d'une épine gingivale ou dentaire, *homo-latérale* à ce syndrome, ou *bilatérale* comme lui.

Voici l'énumération de ces irritations, parfois d'ailleurs *associées :* odontalgie simple : obs. VIII, XII, XVI, XX ; périostite alvéolo-dentaire : obs. XXXIII ; fistule gingivale : obs. III ; abcès gingival : obs. XXIX ; polyarthrite et avulsion : obs. VI ; avulsion pour une lésion non spécifiée : obs. VII, XVIII, XIX, XX ; gingivite péri-radiculaire : obs. XXIX ; carie douloureuse : obs. IV, V, XVII, XVIII, XIX, XXXI, XXXII, XXXIV, XXXVII ; éruption dentaire : obs. XIV, XV, XVI, XVII, XIX, XXI, XXII, XXIII, XXVIII, XXX, XXXI, XXXVIII, XXXIX, XL.

Je sens tout ce qu'une telle énumération a de disparate, mais mon éducation stomatologique est fort incomplète et l'on est peu habitué encore, en matière de pelade, à demander l'avis d'un dentiste.

Voilà donc une série de faits où l'on voit évoluer un ensemble de phénomènes sympathiques, liés *chronologiquement* et *topographiquement* entre eux, comme aussi à une irritation *homo-latérale* qui possède toutes les qualités requises, en durée et en acuité, pour

(1) *Suite et fin.* Voir le n° de février, p. 97.

qu'on puisse la considérer comme un *primum movens*. Car elle est bien, ce me semble, celle qui, capable de causer les réactions composantes, ne peut elle-même être provoquée par aucune d'elles.

Ainsi notre syndrome se précise, dans ses connexions et dans son point de départ, et les noms de syndrome réflexe *odontopathique* ou *néo-dentaire*, lui conviennent, selon que la *lésion* ou l'*évolution* d'une dent est en cause.

Si ce faisceau clinique est bien *construit*, c'est-à-dire *bien observé*, nul esprit réfléchi, docile aux faits, ne saurait contester sa valeur indicatrice. J'ai suivi, pour l'établir, l'évolution même de mes idées : d'abord des faits où la pelade a été *précédée* par une crise *subjective* dans la sphère du trijumeau, mettant par là même en suspicion l'appareil dentaire; puis l'association de phénomènes connexes, créant à la pelade une atmosphère réactionnelle *sympathique*, et semblant dénoncer un point de départ irritatif antérieur et commun. Enfin cette épine irritative elle-même, qui, par sa nature et sa localisation, semble bien capable de provoquer le rayonnement pathologique en cause.

Mais il n'y a plus de raison maintenant, pour exiger dans les faits une subordination hiérarchique aussi rigoureuse : le syndrome réflexe *gingivo-dentaire* étant admis, croirons-nous volontiers, qu'entre ses composantes il y ait une hiérarchie invariable ?

Les faits biologiques ne montrent point d'ordinaire une telle rigidité.

Pourquoi par exemple être désormais plus exigeant pour la pelade que pour un zoster (1) ? Or le zoster, en général *post-névralgique*, peut être aussi *pré-névralgique*, ou encore *a-névralgique*.

Ainsi nous pouvons en certains cas nous attendre à voir éclore la pelade *avant* la névralgie ; la dermatose reste bien encore dans l'ambiance d'un orage sensitif trigémellaire, mais la névralgie est *post-peladique*.

De même encore nous pourrons voir le syndrome réflexe gingivo-dentaire, dénué de telle ou telle de ses composantes, incomplet, élidé, et nous aurons des pelades de cet ordre a-névralgiques, sans érythrose, hyperthermie, etc... Et au total il devra suffire, pour retenir l'attention et orienter vers l'étiologie *dentaire*, de ces trois éléments associés : pelade unilatérale ou symétrique ; hyperesthésie

(1) Que le zona soit ou non, en certains cas, d'*origine* infectieuse, cela n'a rien à faire avec ma thèse : son éruption n'est pas infectieuse de *nature*, et cela me suffit. Il en est de même pour la pelade. Je nie, en tout cas, la *nature* microbienne de la lésion ; elle peut avoir, et je pense qu'elle a effectivement parfois une *origine* infectieuse *banale :* un abcès gingival, par un exemple, ou encore une carie infectée, et je retrouve ainsi, mais avec quel détour ! la doctrine parasitaire.

latente simple ou double; lésion ou éruption dentaire *homo* ou *bilatérale*.

L'examen buccal acquiert donc en matière de pelade une importance PRIMORDIALE.

Il ne peut plus en aucun cas être négligé et doit être pratiqué de façon aussi complète que possible.

Il faut d'abord :

1° Explorer soigneusement le vestibule de la bouche : on constatera ainsi les gingivites généralisées ou partielles ; les tuméfactions périostiques ; les abcès et les fistules gingivales.

2° Examiner successivement chaque arcade maxillaire. Le dermatologue doit non seulement savoir reconnaître la polyarthrite, la carie, s'assurer par la percussion et l'exploration, des caries douloureuses ; mais aussi il doit être fixé sur l'étatde l'*évolution dentaire*. Et cela est moins facile qu'on ne le croirait tout d'abord. Je citerai à ce sujet deux exemples : j'avais cru (obs. XL) à l'éruption de la dent de sagesse ; Frey me détrompa : il s'agissait de la deuxième molaire. J'avais, chez notre confrère X... (obs. XXVIII), diagnostiqué une pelade sous-maxillaire *droite* par éruption de la dent de sagesse inférieure *droite*. Un stomatologue distingué crut d'abord à une erreur de ma part ; un examen ultérieur lui montra que j'avais raison : aujourd'hui la troisième molaire est apparente.

L'évolution de la dent de sagesse supérieure est particulièrement malaisée à reconnaître : la mâchoire décrit souvent une courbe à convexité inférieure, si bien que les dernières molaires sont difficiles à voir. Il faut s'aider du miroir laryngien, ou encore et mieux peut-être, recourir au *toucher buccal*. Après lavage ostensible *devant le malade*, l'index explorera la partie reculée des deux mâchoires, et fournira des renseignements que l'œil n'eût pas donnés.

Puis on examinera soigneusement la face interne des gencives.

S'il existe un appareil prothétique (1), on le fera enlever et cela conduira fréquemment à reconnaître des gingivites, indolentes ou douloureuses, ou même de véritables cavernes gingivo-dentaires.

Cela dit, voici une série d'observations relatives aux catégories de faits que j'annonçais plus haut :

Pelades dentaires *anté-névralgiques*.

Pelades dentaires *a-névralgiques*.

Pelades à syndrome dentaire *incomplet*.

(1) Depuis le temps relativement court où je fais l'examen buccal complet de tout peladique, j'ai compté déjà *vingt-deux* malades porteurs de *dentiers*.

Obs. XXVIII. — *Pelade sous-maxillaire droite. — Deux semaines après, gingivite douloureuse droite. — Éruption de la troisième molaire inférieure droite. — Névralgie latente et hyperthermie droites.* — 29 octobre 1901. — Dr X..., 35 ans.

De famille extrêmement nerveuse.

Père absolument édenté; mère, bonne dentition.

Lui-même : tænia à l'âge de vingt-six ans.

Prurit scrotal et début de la dépilation diffuse à ce moment.

Il y a deux mois, disque peladique du diamètre d'une pièce de un franc à la région angulo-maxillaire *droite* — quinze jours *après*, gonflement de la

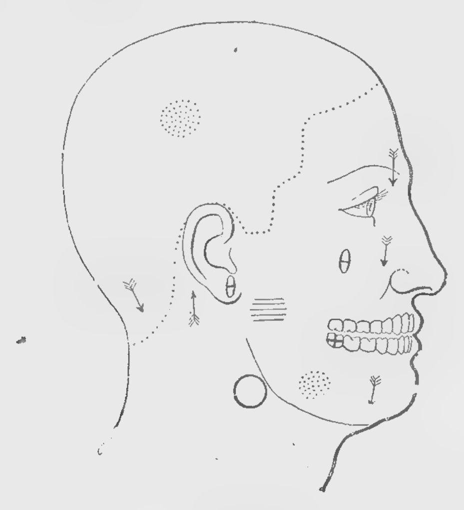


Fig. 22.

gencive à la région postérieure de la mâchoire inférieure à *droite* avec douleurs de mastication de ce côté.

Névralgie latente à *droite*.

Hyperthermie *droite*.

La troisième molaire inférieure *droite* paraît sous la gencive. Rien à gauche.

Obs. XXIX. — *Névralgies vives, très anciennes, à maximum gauche. — Pelade rétro-auriculaire gauche. — Névralgie post-peladique gauche. — Abcès gingival de la première molaire supérieure gauche.* — 17 août 1901. — F..., a eu des névralgies vives du côté *gauche* surtout, depuis sa jeunesse.

Névralgie *gauche* il y a quinze jours.

S'est aperçue de la plaque de pelade il y a trois semaines; plaque du diamètre d'une pièce de deux francs.

Elle a eu la semaine dernière un abcès volumineux de la gencive au-dessus de la première molaire supérieure *gauche*, abcès très douloureux.

Dentition. — Trois dents molaires cariées à la mâchoire inférieure *gauche*.

A la mâchoire supérieure *gauche* sont cariées les deux premières molaires et la canine. La première et la troisième molaire.

A la partie droite de la mâchoire une seule dent gâtée en bas, trois en haut.

Points faciaux, à maximum plus douloureux très net du côté *gauche* au point sous-orbitaire.

24 août. — Les points névralgiques sont toujours très nets à *gauche*, y compris le point occipital.

Obs. XXX. — *Eczéma séborrhéique. — Pelade temporale gauche. — Quelques jours plus tard, névralgie faciale gauche. — Éruption dentaire gauche. — Nystagmus. — Guérison rapide de la pelade sans modification dentaire appréciable.* — 5 décembre 1900. — Ch..., 15 ans. Policlinique des Enfants-Malades.

Eczéma séborrhéique et séborrhée aiguë chez une fillette ayant depuis longtemps de violents maux de tête. Actuellement, retard menstruel d'un mois; état d'éruption dentaire. L'eczéma date du mois de juillet et l'on a reconnu depuis quelques jours un disque à la région temporale *gauche.*

12 décembre. — Depuis quelques jours douleurs à la mâchoire et à la joue *gauches;* hyperesthésie névro-musculaire bilatérale. Il est positif qu'il y a sous la gencive, une dent en voie d'éruption à la mâchoire inférieure *gauche.*

L'enfant se plaint des yeux depuis quelque temps (picotements); malaise général, sensation de lassitude vague depuis quelques jours; mouvements nystagmoïdes; les maux de tête ont reparu. Je trouve la joue *gauche* plus flasque que la droite, sensation qui n'est pas perçue par les assistants.

Le disque peladique n'a pas grandi; on y constate des poils cassés à ras et massués.

19 décembre. — Même état sensiblement : quelques poils cassés parmi les poils sains de bordure.

26 décembre. — Les règles ont reparu après un mois d'interruption; maux de tête disparus; même état pour le reste.

7 janvier 1901. — Repousse active sur toute l'étendue de la plaque, où l'on voit encore, ainsi qu'à la périphérie, quelques poils cassés à ras.

La molaire *gauche* n'a pas évolué sensiblement.

Eczéma séborrhéique à peu près guéri.

16 janvier. — Nulle modification dans l'évolution dentaire.

13 février. — Nulle modification dans l'évolution dentaire.

La grand'mère affirme qu'à deux reprises il y a eu rougeur et gonflement à la joue *gauche :* il n'y en a pas trace aujourd'hui.

Le disque alopécique est totalement guéri.

Obs. XXXI. — *Pelade de tête à droite, à la région postérieure médiane et à la nuque. — Éruption de la troisième molaire inférieure droite. — Carie et pulpite bourgeonnante de la première molaire supérieure droite. — Hyperesthésie latente à droite.* — 12 septembre 1901. — V..., 22 ans, employé.

Se présente avec : 1° une plaque de pelade de 6 centimètres sur 4 centimètres, à grand axe vertical, siégeant à la partie postérieure de la région pariétale *droite.*

2° Une deuxième plaque de pelade de dimensions sensiblement égales à la

précédente, occupant à peu près la région médiane, à la partie postérieure de la région pariétale, mais empiétant cependant légèrement sur la partie *gauche* de cette région.

3° Une troisième petite plaque d'un demi-centimètre de diamètre à la partie postéro-inférieure de la région temporale *gauche* (le malade s'en est aperçu il y a deux à trois jours).

C'est le 20 mars que le malade s'est aperçu de la présence simultanée de ces deux plaques. La plaque postérieure était, à cette époque, double et les deux plaques primitives étaient disposées suivant un axe horizontal. Elles se sont réunies quinze jours environ après. La dimension primitive

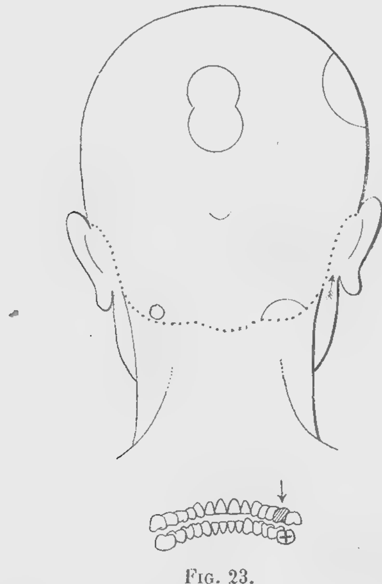


Fig. 23.

était celle d'une pièce de 50 centimes. Elles ne paraissent plus augmenter, mais depuis un mois seulement.

Le malade n'a jamais souffert des dents, et n'a jamais eu de névralgie.

Examen de la dentition. — La première grosse molaire supérieure *droite* est cariée.

A la mâchoire inférieure, au niveau de la troisième molaire, soulèvement de la muqueuse du côté *droit*, mais la dent n'a pas encore traversé cette muqueuse. A gauche, aucun signe d'évolution de dent de sagesse.

Névralgie latente : douleur assez vive à la pression du point rétro-auriculaire *droit* et du point maxillaire supérieur *droit* (les autres points ne sont pas douloureux).

26 septembre. — La première grosse molaire supérieure *droite* présente une caverne importante remplie de pulpe charnue saignante.

Il semble que la dent de sagesse supérieure *gauche* n'ait pas encore achevé son évolution.

Maux de tête depuis quelque temps.

Duvet sur les plaques.

26 octobre. — Pulpite de la première grosse molaire supérieure *droite* non douloureuse.

Dent de sagesse inférieure *droite* en voie d'évolution.

Rien à gauche.

Les deux dents de sagesse supérieures sont d'évolution récente.

Points névralgiques *droits* très vifs ; à gauche, nuls.

Duvet incolore et ténu sur les plaques.

Disque incomplet à la bordure de nuque à *droite*. Papule blanc rosé au centre.

La papule et le demi-disque sont à l'affleurement du col porté très haut.

Il y a eu à gauche, à la nuque, une petite plaque en bordure, aujourd'hui presque guérie.

26 octobre. — Extraction ce matin même de la première grosse molaire supérieure *droite*.

Points douloureux sous-orbitaire, sus-orbitaire et sous-auriculaire assez notablement exaltés.

Obs. XXXII. — *Effritement de la troisième molaire gauche. — Deux mois après, disque rétro-auriculaire gauche. — Névralgie latente gauche.* — 12 septembre 1901. — L..., employé, 29 ans.

Se présente actuellement avec : 1° une plaque de pelade légèrement oblongue, du diamètre d'une pièce de 2 francs, siégeant un peu en arrière de l'apophyse mastoïde *gauche*. Le malade s'est aperçu pour la première

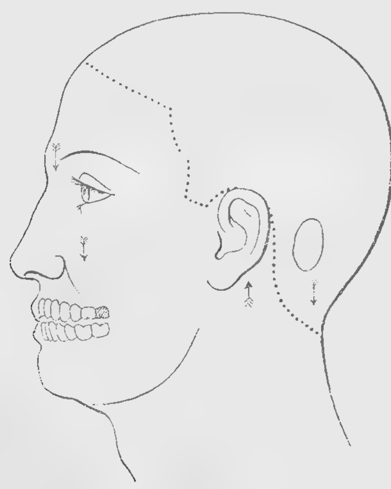


Fig. 24.

fois de la présence de cette plaque il y a un mois environ.

2° Une petite plaque dépilée, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, siégeant un peu au-dessus et en arrière de l'oreille *droite*. Au dire du malade, l'existence de cette plaque remonterait à l'âge de dix à douze ans, et

serait consécutive à un coup de pierre (affirmation *très* catégorique).

Il y a trois mois, un fragment de la dernière molaire *gauche* s'est détaché, sans douleur. Cette dent est actuellement en très mauvais état.

Il y a sept à huit jours, le malade a ressenti des démangeaisons très légères à la partie inférieure de la joue *gauche*. Mais il n'y a pas de dépilation à la barbe de ce côté.

Pas de maux de tête, ni de névralgie.

Névralgie latente du côté *gauche :* points douloureux à la pression (sus-orbitaire, maxillaire, auriculaire, occipitale ; douleur *vive*). La même pression à droite ne détermine qu'une douleur sourde.

Obs. XXXIII. — *Séborrhée dépilante à quintuple récidive, en relation avec cinq crises gastriques. — Périostite alvéolo-dentaire suivie de pelade de la barbe.* — 12 janvier 1902. — D[r] de L..., 46 ans.

En janvier 1889, crise névralgique subite du bras gauche. Fièvre. Grippe probable (?).

Gingivite et ostéo-périostite douloureuse, état d'atonie et d'infection intestinale, distension gazeuse, etc., asthénie.

Peu après : séborrhée intense et dépilation diffuse, surtout fronto-sinci-

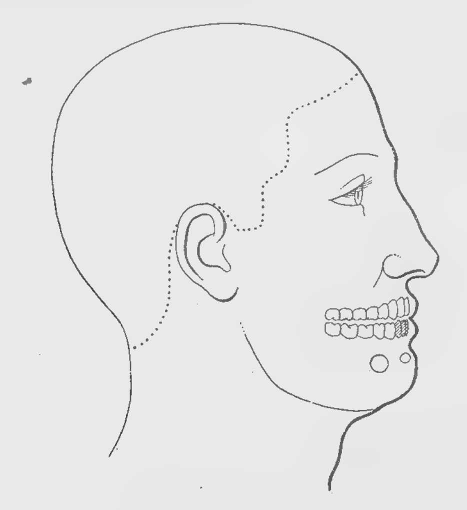


Fig. 25.

pitale ; accentuation de la canitie, d'ailleurs précoce et héréditaire. Reliquat d'ostéo-périostite autour de la canine inférieure *droite*.

En 1894, après voyage à Rome, accès paludiques graves, pernicieux, congestion hépatique et atonie intestinale. Saison à Vichy.

En même temps et après : séborrhée et nouvelle dépilation diffuse.

En 1895, crise intestinale printanière : *rechute* de séborrhée et de dépilation.

Légère extension de la périostite qui gagne les incisives antérieures.

En novembre 1897, après accident de bicyclette et fracture du fémur

droit, nouvelle crise intestinale, nouvelle périostite, et récidive de séborrhée et de dépilation.

En 1899, au printemps, crise hépato-intestinale; périostite purulente plus marquée et ébranlement des deux incisives médianes; ostéite du maxillaire inférieur en ce point; nulle douleur.

A ce moment, deux disques peladiques; le principal à *droite*, a égalé les dimensions d'une pièce de un franc; un plus petit à *gauche*, celles d'une pièce de cinquante centimes.

Depuis, avulsion de l'incisive médiane *gauche*.

Actuellement la périostite purulente existe encore à *droite*.

Les disques peladiques se sont rétrécis; ils égalent encore les dimensions d'une pièce de vingt centimes.

Obs. XXXIV. — *Névralgie née d'une dent inférieure gauche.* — ***Disque*** *pariéto-occipital gauche, un mois plus tard environ.* — C..., 29 ans. — Dentition personnelle très mauvaise, névralgie dentaire légère en octobre

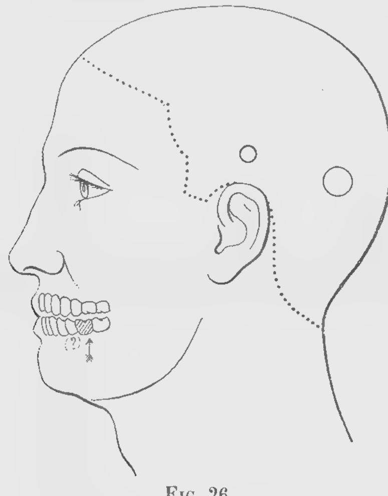


Fig. 26.

fin octobre), accompagnant une carie dentaire douloureuse, à la mâchoire inférieure *gauche*.

Disque peladique régulier occipito-pariétal *gauche*, reconnu au début de décembre 1900. Tache, région temporale *gauche*.

Surmenage intellectuel depuis longtemps.

Obs. XXXV (résumée). — *Pelade marginale et médiane de la nuque datant de deux ans environ. — Dentier supérieur et inférieur depuis cinq ans. — Édentement absolu de la mâchoire supérieure; gingivite médiane supérieure. — Névralgie latente bilatérale. — Hyperémie et hyperthermie considérable des deux oreilles.*

Au total, voilà un ensemble d'observations qui *toutes*, avec com-

plexité plus ou moins grande dans le syndrome réflexe, présentent ceci d'essentiel et de commun : à savoir une lésion gingivo-dentaire en activité, ou une dent en évolution *du côté où s'est localisée la pelade*. Ce nombre seul suffirait pour permettre d'attribuer une grande valeur étiologique à cet élément.

Ce n'est pas tout : je cherche la localisation *précise* de l'élément dentaire depuis peu ; mais j'ai antérieurement recueilli un grand nombre d'observations où, mon opinion sur la relation odonto-pilaire étant encore incertaine, j'apportais une moindre attention à chercher et localiser l'*épine irritative*, et où les altérations dentaires sont constatées, mais non localisées ; où, en d'autres termes, la relation odonto-pilaire est possible, mais vague.

Voici, pour fixer les idées, une observation de ce type.

Obs. XXXVI. — *Crise névralgique ancienne. — Névralgie latente à gauche. — Pelade gauche ; fluxion gauche probable. — Édentement.* — 21 août 1901. — C... Disque peladique à la partie postéro-supérieure de la bosse pariétale *gauche*, reconnu il y a une semaine.

Crise névralgique violente et durable, il y a deux ans.

Depuis, quelques migraines, mais pas d'odontalgie. Aujourd'hui, points faciaux très nettement hypersensibles à *gauche*.

Dentition très mauvaise : il reste deux dents en tout, à la mâchoire inférieure.

Aucune des racines n'est actuellement douloureuse au stylet.

Il y a certainement un gonflement léger de la face à *gauche ;* mais la malade ignore s'il est fluxionnaire ou normal.

Eh bien ! il me paraît juste, pour apprécier l'importance de l'élément dentaire, de faire entrer en ligne de compte un certain nombre au moins de ces observations, où l'examen plus poussé eût très probablement permis de préciser le point de départ peladogène.

En voici d'ailleurs la preuve topique.

J'ai écrit à quelques-uns des malades en cause, de venir me voir : *un* d'entre eux est venu. Il avait jadis un large disque du golfe fronto-temporal *droit*, soigné jadis par moi au pavillon Gabriel, et l'observation portait, *sans préciser le côté*, qu'une dent altérée déjà, était tombée six semaines *avant* l'apparition de la pelade.

Or, la dent, altérée, puis tombée, était bien la canine supérieure *droite*.

Voici l'observation :

Obs. XXXVII. — *Surmenage cérébral et dépilation diffuse. — Large disque du golfe fronto-temporal droit. — Six semaines auparavant, chute spontanée de la canine supérieure droite. — Guérison rapide.* — 1er octobre 1900. — L..., 25 ans. — Dentition familiale très mauvaise : mère édentée complètement, depuis au moins quinze ans ; elle a cinquante ans aujourd'hui.

Une sœur de vingt-six ans a une très mauvaise dentition. Une autre est de dentition moyenne.

Une tante maternelle a une très mauvaise dentition.

Un oncle, chauve, a de bonnes dents.

Père, bonnes dents ; cheveux et barbe très drus.

État actuel. — Disque de la dimension d'une pièce de cinq francs, dans le golfe temporo-frontal *droit*, reconnu il y a huit à dix jours ; hypotonique et avec atrophie sous-cutanée ; sudoral, séborrhéique (?).

Grande agénésie de barbe.

Aisselles peu fournies. Pubis également, et à poils très caducs.

Alopécie diffuse et modérée de tête.

Début. — Depuis deux ou trois mois L... perdait des poils un peu partout.

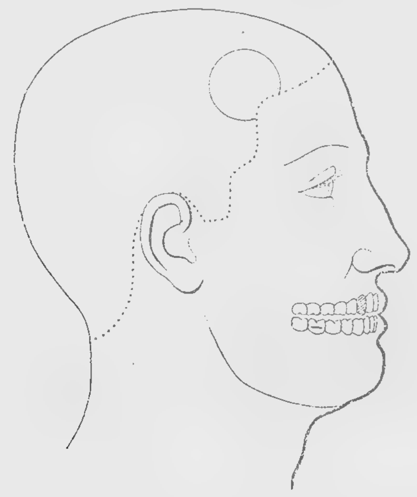


FIG. 27.

Une dent déjà altérée est tombée spontanément, il y a un mois, une autre à la mâchoire inférieure est cariée. — Travail cérébral excessif et préoccupations nombreuses il y a trois ou quatre mois ; et pendant trois mois, plus forts que les années précédentes.

Phlébectasie. Varicocèle. Varices. Sudation facile, surtout à l'aisselle gauche ; hyperidrose, cyanose des mains, avec mollesse des pulpes digitales, dont la peau est flétrie, surtout du côté gauche.

Lacunes dans la force de résistance de la paroi abdominale.

4 octobre. — *Nul* follet sur la plaque, entourée de poils en ! sauf à la partie antérieure où elle rejoint le front.

12 octobre. — Follets, rares et ténus.

Quelques *clairs* à la nuque. — Existaient-ils lors de l'entrée (?)

21 octobre. — La repousse s'accentue. Le méplat est moindre. *Examen dentaire par Frey :* quelques accidents de carie, tendance à la formation de dentine secondaire. Dents de sagesse bien évoluées.

1er février 1902. — Venu me voir sur ma demande; c'est la canine supérieure *droite* qui est tombée au début de septembre, nulle douleur alors.

La guérison fut *très rapide*.

Actuellement pas de névralgie latente. Mais en 1896, lors de la poussée des dents de sagesse, a souffert vivement à *droite;*

La guérison a été complète en *trois mois environ*.

Dans l'ensemble, la dentition est excellente.

Bien que, je l'ai fait prévoir je crois, la nature exacte des troubles dentaires précédemment mentionnés n'ait pas été fixée avec tout le soin désirable, une notion cependant s'en dégage avec une suffisante netteté, c'est que dans 14 cas, cette origine, soit exclusivement, soit partiellement, était l'évolution et l'éruption *dentaires*.

Cette constatation va me permettre d'imposer au « *critérium chronologique* » une sorte de contre-épreuve.

Il est clair en effet que si l'éruption des dents est, en certaines conditions, *peladogène*, ce fait devra avoir sa répercussion sur l'âge *optimum* de la pelade ; en d'autres termes, celle-ci devra, *a priori*, sévir avec prédilection, aux phases de l'évolution dentaire.

J'ai donc relevé le total de mes observations fournissant non pas l'âge des malades, *mais*, autant que possible, *l'âge auquel survint la pelade*.

Je possédais à la date du 6 octobre 1901, 273 observations de ce genre, se décomposant ainsi :

6 mois à 3 ans	1 cas.
3 ans à 7 —	37 —
7 — à 14 —	79 —
14 — à 19 —	22 —
19 — à 30 —	68 —
30 — à 35 —	22 —
35 — à 40 —	23 —
40 — à 45 —	8 —
45 — à 50 —	7 —
50 — à 60 —	5 —
60 et au delà	1 —
	273 cas.

Voyons maintenant la chronologie de l'évolution dentaire (1).

La dentition de lait évolue :

Quatre à huit mois après la naissance, jusqu'à la fin de la troisième année.

La dentition permanente évolue de cinq ou six ans à quatorze d'une part et de vingt à trente ans pour les dents de sagesse.

(1) Je l'emprunte à TILLAUX : *Traité d'anatomie topographique*, 2e édit., p. 334.

J'ajoute qu'il y a de très nombreuses variantes, et qu'en ce qui concerne la dent de sagesse notamment, la date d'apparition peut être fort avancée et surtout fort reculée ; la dent de sagesse « est désordonnée », comme dit Topinard.

D'après ces chiffres et ces dates, je trouve sur 273 cas de pelade, 185 cas pour les vingt-cinq années correspondant à la période d'évolution dentaire, contre 88 pour les trente-cinq années d'accalmie.

La période qui s'étend de quatorze à dix-neuf ans est particulièrement curieuse à cet égard : *à l'entr'acte dentaire correspond un entr'acte peladique.*

Maintenant, reportons-nous à la statistique d'un auteur plus sûrement exempt que moi-même de toute préoccupation tendancieuse eu égard aux relations odonto-pilaires : celle de Dauzats (1) ; nous trouverons en réunissant les deux sexes :

0 à 4 ans	4 cas.
4 à 5 —	2 —
5 à 10 —	24 —
10 à 15 —	22 —
15 à 20 —	9 —
20 à 30 —	33 —
30 à 35 —	10 —
35 à 40 —	4 —
40 à 50 —	11 —
50 à 60 —	2 —
60 et au delà	1 —

On y voit, comme dans ma propre statistique, un grossissement marqué du chiffre des pelades, paraissant bien correspondre aux mêmes périodes.

Les chiffres de Dauzats se superposent donc assez exactement aux miens.

Une intéressante remarque de Déhu trouve naturellement ici sa place : c'est que les prétendues épidémies de pelade sont fréquentes dans les écoles primaires et au régiment, rares au contraire dans les établissements d'instruction secondaire, c'est-à-dire là où les jeunes gens à l'âge de l'*entr'acte dentaire*, se trouvent en majorité.

A côté de l'éruption dentaire, la *carie* douloureuse en activité figure 9 fois dans mes observations. Et, dans le même ordre d'idées, je relève que la *carie* est surtout fréquente de trois ans à trente ans environ, et que là encore nous trouvons un parallélisme grossier, mais pourtant notable, entre l'étiologie chronologique

(1) DAUZATS. *Recherches sur la contagiosité de la pelade*, p. 85, 86 et 129.
Je signale cette étude très documentée et très impartiale sur la prétendue « contagiosité » peladique.

générale de la lésion dentaire et celle du trouble cutané.

Il y a donc un âge *optimum* pour la pelade et il correspond à l'âge *optimum* de l'évolution et des lésions dentaires.

Il serait facile d'ailleurs de trouver dans ce que j'ai appelé « l'*entr'acte dentaire* » des cas de pelade en rapport avec l'évolution d'une deuxième molaire *tardive*, ou d'une troisième molaire *précoce*.

En voici deux exemples :

Obs. XXXVIII. — *Pelade médiane de la nuque plus développée à droite. — Évolution des deuxièmes molaires inférieures plus avancée à droite. — Névralgie latente droite. — Pelade de l'entr'acte dentaire.* — 12 septembre 1901. — G..., 16 ans et demi, expéditeur aux Halles. — Pelade de la partie inférieure de la région occipitale. La plaque, de la dimension d'une pièce de 5 francs, siège un peu à *droite* de la ligne médiane.

Le malade s'en est aperçu il y a quinze jours ; la plaque avait à peine la

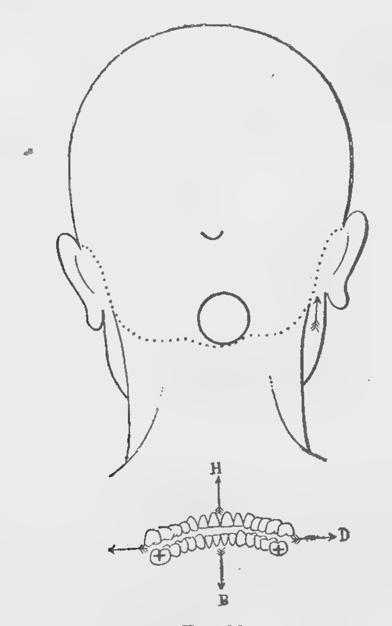


Fig. 28.

dimension d'une pièce de 50 centimes. C'est en dix jours environ qu'elle a atteint les dimensions actuelles.

Pas de maux de tête, ni de névralgies, ni de douleurs dentaires.

Examen de la dentition. — Pas de dents cariées.

Au niveau des deuxièmes molaires inférieures, qui n'ont pas encore fait leur apparition, tuméfaction violacée, mais non douloureuse, plus marquée à *droite*.

Névralgie latente. — Points douloureux à la pression : *a*) maxillaire supérieur, *droit; b*) maxillaire inférieur *droit; c*) rétro-auriculaire *droit.*

Les autres points ne sont pas douloureux.

Obs. XXXIX. — *Pelade bilatérale de la nuque. — Évolution symétrique des troisièmes molaires inférieures, et de la troisième molaire supérieure droite. — Hyperesthésie à prédominance droite. — Pelade de l'entr'acte dentaire.* — M. L..., 16 ans et demi. — Disque rétro-auriculaire *droit* reconnu il y a deux mois environ; puis celui de la nuque *gauche;* et une petite clairière un peu à *gauche* de la partie médiane de la bordure frontale.

Dents de sagesse inférieures en voie d'évolution plus avancée à *droite.*

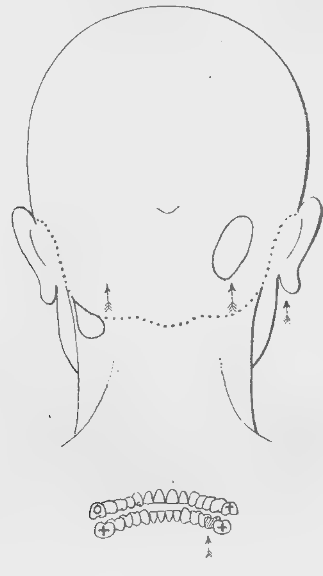


Fig. 29.

La dent de sagesse supérieure *droite* est à peu près évoluée, la gauche non.

Pas de douleurs spontanées.

Points névralgiques assez vifs à la zone sous-orbitaire des deux côtés, occipitale des deux côtés et sous-auriculaire à prédominance *droite.*

La première molaire inférieure *droite* est à l'état de racine, douloureuse au stylet ; la gauche présente une petite caverne non douloureuse.

5 décembre. — Pas de névralgie latente faciale antérieure.

Névralgie bilatérale avec points occipitaux, et plus vive à *droite.*

Le disque peladique est recouvert de poils colorés, mais fins et peu drus, si bien qu'il reste une clairière.

Il y a sur le plateau gingival de la troisième molaire inférieure *droite* un bourgeon charnu gros comme un très petit pois.

La troisième molaire inférieure *gauche* est nettement sous la gencive, de même que la *droite.*

Maintenant, il faut résoudre la grosse objection tirée de l'immunité peladique au cours de la première dentition : on voit fort peu, c'est incontestable, l'aire de pelade typique dans les premières années de la vie. En revanche, les dépilations plus ou moins bien circonscrites y sont très fréquentes.

Or les cheveux des enfants du premier âge, à follicules superficiels, à mue abondante et facile, se prêtent mal à des dépilations bien limitées. D'autre part, les premières dents de lait (incisives, canines) coupantes ou pointues, semblent mieux faites pour produire une irritation vive et brève, à répercussions aiguës et fugaces (contractures, coliques, convulsions, méningisme, etc.) qu'une irritation sourde, lente, prolongée, telle en un mot que peut l'exiger le processus peladogène.

Les premières molaires permanentes, par contre, et les dents de deuxième dentition, plus volumineuses que leurs devancières, nécessitant un accroissement proportionnel des maxillaires, constituent un phénomène autrement complexe ; et, par la forme même de la plupart d'entre elles, provoquent une sourde et longue irritation gingivale, bien faite pour les retentissements chroniques.

Enfin, dans l'âge tendre, le développement du système nerveux est incomplet, et les connexions que je montrerai, entre le système nerveux dentaire et le métamère d'où part l'innervation destinée aux zones peladophores, ont chance d'être peu étroites encore.

Au demeurant, l'objection subsiste, je ne le méconnais pas : je ne la crois pas insoluble, voilà tout ; et d'ailleurs, elle ne saurait prévaloir contre l'ensemble des faits rapportés en ce travail.

Critérium expérimental.

A cet ensemble, tiré de la clinique proprement dite, je pense être en droit de joindre un élément de conviction important.

Il s'agit d'une véritable expérience, qui, si elle est encore unique, fut assez saisissante pour qu'elle doive être rapportée ici.

C'est le cas de cette jeune fille que je présentai à la Société de dermatologie (1) pour un syndrome *néo-dentaire* complexe et typique, en annonçant que le débridement galvano-caustique ferait tomber les phénomènes réactionnels, et disparaître la pelade.

Je me suis trompé sur un point : la cautérisation galvanique de la gencive, constituant une irritation *aiguë* de cette région, *devait*, au préalable, renforcer brusquement les composantes du syndrome réflexe que je jugeais produites par son irritation *chronique*.

Et il en fut ainsi.

(1) L. Jacquet. Irritation gingivale comme point de départ de la pelade. *Annales de Dermat.*, mai 1901, p. 425.

Puis, l'orage passé, les choses prirent la marche prévue, les phénomènes réactionnels tombèrent, et la dermatose guérit, avec une rapidité inexplicable je crois en dehors de ma doctrine, pour une large pelade *extensive* de la NUQUE.

Voici la relation exacte de ce cas, qui à lui seul fera réfléchir les esprits attentifs.

OBS. XL. — *Hémi-ophiasis gauche avec épistaxis gauche, érythrose gauche; hyperthermie gauche; hyperesthésie gauche. — Évolution incomplète et tardive de la deuxième molaire inférieure gauche. — Cautérisation galvanique de la gencive à gauche. — Renforcement violent du syndrome réflexe. — Régression des symptômes et guérison rapide.* — 23 mars 1901. — Mlle B..., 23 ans, éprouve, en janvier 1901, une léger malaise fébrile avec quelques douleurs

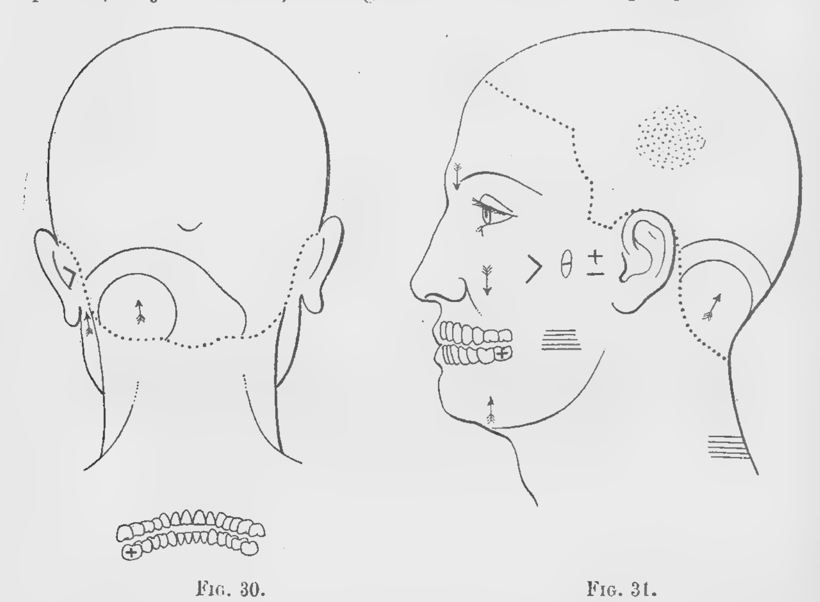


FIG. 30. FIG. 31.

de déglutition; depuis, elle remarque, à diverses reprises, des épistaxis de la narine *gauche*.

Aujourd'hui je constate :

1° Une aire peladique de la dimension d'une pièce de 2 francs à l'un des points d'élection de la zone peladophore, c'est-à-dire à la partie latérale de la nuque *gauche*. L'aire atteint à peine la ligne médiane.

Elle est nettement hypotonique; à peu près complètement glabre, et parsemée de nombreux poils cassés à ras et de poils massués.

Ces derniers, à la bordure supérieure, sont fort typiques et d'une abondance exceptionnelle. L'aire a été reconnue à la fin de février.

2° Une érythrose auriculo-faciale à très nette prédominance *gauche*.

3° Une hyperthermie auriculo-faciale *gauche*, aisément perceptible à la main.

4° Une hyperesthésie latente des nerfs de la face du côté *gauche*.

5° L'évolution incomplète de la deuxième molaire *gauche*, à moitié encapuchonnée par la gencive.

Le père aurait une bonne dentition ; la mère une très mauvaise.

Analyse d'urine le 1er avril (1).

Volume en vingt-quatre heures..................	920cc
Matières fixes à 100°............................	52gr,80
Urée...	16gr,67
Chlorures..	13gr,24
Sulfates (en sulfate de soude)....................	4gr,20
Phosphates (en phosphate acide de soude)........	2gr,852
Indican...	Traces.
Urobiline...	Traces.
Oxalate de chaux............................	Quelques cristaux.

Examen dentaire, par le Dr FREY. — Dentition défectueuse.

Caries multiples, peu profondes. Persistance de plusieurs molaires de lait, qui se sont effritées et n'existent plus qu'à l'état de chicots.

La deuxième grosse molaire inférieure *gauche* est en voie d'éruption. Elle est recouverte d'un capuchon muqueux de gencive. Cette dent pousse avec un retard considérable ; au premier abord elle pourrait en imposer pour une dent de sagesse.

Les 4 et 6 mai, cautérisations galvaniques de la muqueuse gingivale, encapuchonnant la deuxième molaire.

7 mai. — Vive sensibilité aux points sous-orbitaires des *deux côtés*, la pommette et l'oreille *droite* sont au moins aussi rouges qu'à *gauche*.

Douleurs en mangeant, ce qui ne s'était encore jamais produit.

11 mai. — Mêmes constatations ; nouvelle application galvanique.

14 mai. — La dent est libérée ; plus de douleurs en mangeant. La pommette et l'oreille *droite* sont de nouveau moins rouges qu'à *gauche*. Sensibilité égale et normale à la pression des deux points sous-orbitaires.

La pelade n'a pas cessé jusqu'ici de s'étendre avec une grande rapidité : elle a certainement, depuis le 2 mai, au moins *doublé* sa surface ; actuellement elle a dépassé largement la ligne médiane et envahi la région droite de la nuque.

19 mai. — Érythrose dominante à *gauche*, sans *hyperthermie* appréciable.

Sensibilité toujours égale, et même moindre à *gauche;* il y aurait depuis quelques jours de légères douleurs dentaires à *droite* (dent cariée à la mâchoire supérieure droite).

L'érythrose aurait été *très vive* hier ou avant-hier, à *gauche*, sans raison connue.

Duvet très ténu sur la surface peladique dont l'extension semble arrêtée ; — pour m'en assurer j'en relève très exactement le décalque, avec un repérage précis.

27 mai. — Érythrose assez nette à l'oreille *gauche;* à la joue rien d'appréciable ; et cette joue *gauche* est nettement plus fraîche que la *droite*.

(1) Par M. DEBLANGEY, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis.

Les cheveux tomberaient moins *diffusément*. Je relève, grâce au décalque, un petit prolongement supéro-médian nouveau.

28 mai. — Même état sensiblement.

La gencive déborde toujours un peu — en hauteur — la couronne. Je la cautérise encore une fois.

15 juin. — Extension arrêtée de manière certaine. Renforcement notable du duvet.

Tonicité assurément meilleure de la peau.

Rougeur plutôt moindre qu'antérieurement à l'oreille et la joue *gauches ;* mais cependant un peu supérieures à celle de la *droite;* joue *gauche* certainement plus fraîche que la droite.

22 juin. — Toujours un peu plus d'érythrose à *gauche.* Aujourd'hui (journée chaude) la joue *gauche* est un peu plus chaude que la droite.

Le duvet est très visible tout *autour* de la plaque, il est peu visible à son centre où débuta la pelade.

5 juillet. — La rougeur de la joue gauche est *moindre.*

Accentuation de la repousse et de la tonicité cutanée.

Diffusément les cheveux tombent certainement beaucoup moins.

État général pas très bon. Fatigue. Appétit assez médiocre.

20 juillet. — La ceinture périphérique duveteuse s'est considérablement renforcée.

Les cheveux tombent encore un peu diffusément.

1er août. — Chute diffuse assez abondante.

Encore un peu d'érythrose à *gauche.*

La repousse s'est *très renforcée :* la partie *droite* de la lésion est *entièrement* recouverte de poils colorés.

Large ceinture périphérique de poils de repousse *colorés*, encore entremêlés de poils cassés.

Mlle B... part en vacance.

9 novembre. — Je revois la malade : au premier aspect, nulle érythrose. Après pression bilatérale sur les points sous-orbitaires, un peu de rougeur persiste à *gauche.*

Sensibilité légère bilatérale, mais surtout à *droite* (première prémolaire douloureuse, quoique obturée).

Dépilation diffuse absolument arrêtée depuis les vacances (août).

Reprise du travail (préparation de licence) aujourd'hui.

Pelade guérie : il ne reste qu'une très petite clairière correspondant au point de début, et garnie de duvet coloré ; le reste est couvert de cheveux longs de 4 centimètres, *soyeux*, *drus* et *colorés.*

22 novembre. — Guérison complète.

Mlle B... me dit aujourd'hui qu'au mois de septembre on fit à la brosse dure des frictions très vigoureuses, et qu'à sept ou huit reprises il y eut de petites épistaxis de la narine *gauche*, soit immédiatement après la friction, soit dans le cours de la même journée.

Le 5 décembre : présentation à la Société de Dermatologie ; l'aire peladique est recouverte de poils soyeux d'une belle coloration *châtain*, et de 6 centimètres de long, exactement.

21 janvier 1902. — Je constate encore aujourd'hui une très légère rou-

geur de la joue et de l'oreille *gauches;* il y a gingivite très nette autour des racines cariées des deux prémolaires inférieures *gauches.*

Très bon état. Nulle chute diffuse actuellement.

La saisissante expérience qu'enferme cette observation a-t-elle été renouvelée ? Oui : dans un cas que je jugeais analogue, j'ai tenté aussi le débridement galvanique de la gencive. Résultat NUL, rigoureusement : je n'éprouve aucun embarras à le dire.

Ainsi, il y a des sujets chez qui la gencive est irritable, et d'autres chez qui elle ne l'est pas. Et il y a sans doute, pour un même sujet, des périodes où la gencive est irritable, et d'autres où elle ne l'est plus.

Cet enseignement n'est pas perdu pour moi.

Voici le fait négatif.

OBS. XLI. — *Pelade d'origine traumatique de la région pariéto-temporale droite. — Deuxième molaire inférieure droite en évolution et encore recouverte de gencive. — Débridement galvanique de la dent sans retentissement réflexe.*
18 décembre 1901. — Deux disques peladiques à la région temporo-pariétale *droite.* Le supérieur, provoqué par un traumatisme local il y a deux mois, est survenu immédiatement après ce traumatisme.

L'inférieur date d'une qninzaine de jours.

Il y a trois ans la fillette a eu un zona de la cuisse et de la hanche *droites.* Depuis, elle a assez souvent des sensations de brûlure en ces mêmes régions.

La gorge est enflammée, avec maximum amygdalien *droit.* La deuxième molaire inférieure *droite* est encapuchonnée d'un bourgeon muqueux, libre à gauche.

Sensibilité névralgique bilatérale. Adénopathie sous-maxillaire douloureuse et bilatérale.

Hyperthermie bilatérale avec légère exaltation *droite.*

Cautérisation galvanique de la gencive *droite,* à trois reprises différentes, sans nul retentissement appréciable, sensitif, vaso-moteur, pilaire.

Du côté *gauche,* à la mâchoire inférieure, il y a actuellement une dent en évolution, faisant saillie *sous* la gencive : la deuxième molaire. La première prémolaire supérieure du même côté n'a pas achevé son évolution encore.

Critérium anatomique.

Il semble acquis que dans un grand nombre de cas, une excitation partie des extrémités buccales de la Ve paire peut irradier sous la forme « pelade ». Nous avons jusqu'ici parlé surtout du point de départ, envisageons maintenant le point *terminus* de cette excitation.

La localisation de ce point est-elle indifférente ?

Non : depuis Celse, les observateurs ont admis certains points d'attaque comme familiers à la dermatose et ont étudié la *systématisation* peladique.

Je l'ai étudiée à mon tour, et comme aussi Ciarrocchi, je ne me suis

pas contenté d'accepter, d'après la tradition de Celse, la marche marginale et serpigineuse de la variété *ophiasique*, mais j'ai repéré de mon mieux les disques peladiques isolés ou successifs, observés chez un certain nombre de malades, et faisant la somme, j'obtiens quelques résultats dignes d'intérêt, bien que le total de mes cas, et parfois la précision des repérages, laissent à désirer l'un et l'autre.

Malgré tout, il ressort de ces faits que la pelade, et non pas seu-

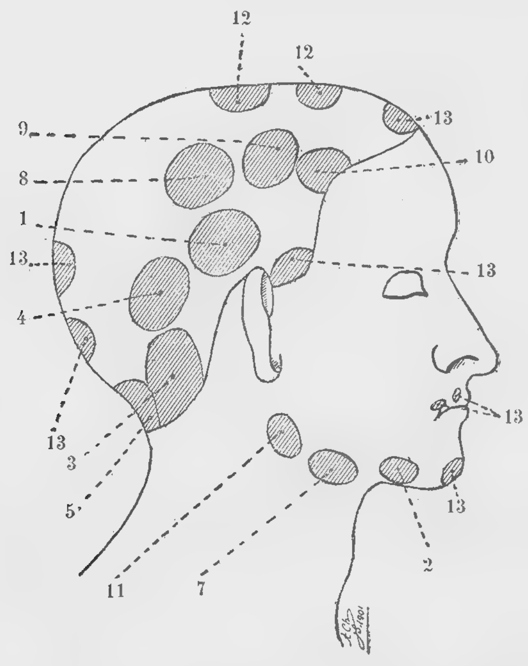


Fig. 32. — Disques rangés par ordre décroissant d'importance numérique.

1. Sus-auriculaire. — 2. Latéro-mentonnier. — 3. Rétro-mastoïdien. — 4. Sus-mastoïdien. — 5. Nuchal. — 7. Sus-hyoïdien. — 8. Médio-pariétal. — 9. Rétro-frontal. — 10. Latéro-frontal. — 11. Angulo-maxillaire. — 12. 12. Sincipitaux. — 13. 13. 13. 13. 13. 13. Médio-mentonniers; labiaux; lambdoïdes; médio-frontaux; occipital; zygomatique.

lement une certaine variété, particulière en son allure extensive et continue : l'*ophiasis*, mais la pelade en son ensemble, *le bloc peladique*, est essentiellement une dermatose *systématique*. Cette systématisation est souvent troublée, certes, et par des causes parfois connues, mais le fait fondamental subsiste : certaines zones déterminées et *symétriques* sont, à la tête comme à la barbe, particulièrement *peladophores*.

Quelles sont ces zones ?

Sur un total de 119 cas, je trouve :

41 cas à la région maxillaire, avec maximum marqué pour la zone mento-latérale (19 cas).
45 cas pour la région qui s'étend de la nuque à la région sus-auriculaire postérieure.
10 cas pour le golfe fronto-temporal ou ses environs immédiats.
12 cas pour la région pariétale.
11 cas pour la région coronale moyenne et le vertex.

119 (1).

La région *nucho-mastoïdo-maxillaire* est donc par excellence la zone *peladophore*

Ceci étant, il peut être intéressant d'étudier l'innervation de cette région.

La figure 33, exécutée par M. Charroppin en combinant une dissection de mon ami Rieffel (2) aux figures reproduites dans les

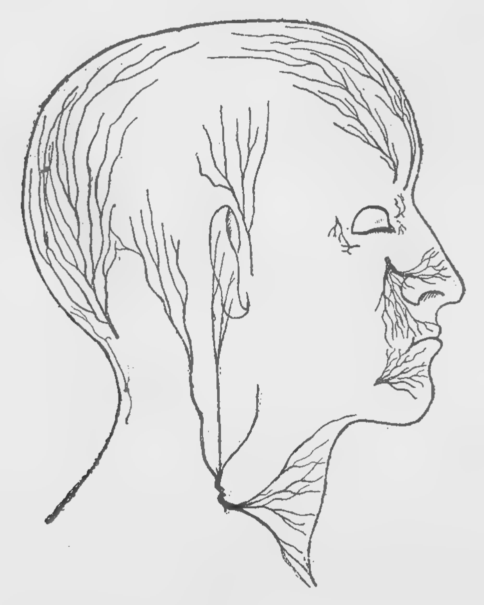


Fig. 33.

leçons de Van Gehuchten (3) et l'atlas de Frohse (4), donne je crois

(1) Ce chiffre total ne correspond pas à *cent dix-neuf cas de pelade;* parmi eux il en est un assez grand nombre où il y avait association de pelades de tête et de barbe, ou encore de plusieurs disques de barbe, ou de tête.

(2) La plupart des figures consacrées aux nerfs superficiels, dans certains traités classiques, sont mauvaises et ne paraissent pas exécutées d'après nature.

(3) Van Gehuchten. *Anatomie du système nerveux de l'homme,* 3e édit., t. I, p. 461, fig. 280.

(4) Frohse. *Die Oberflächlichen nerven des Kopfes.*

une idée exacte, dans l'ensemble, de l'innervation cutanée. Sur cette figure, débarrassée des branches du *facial*, qui ne cède rien à la peau, on voit de véritables *déserts nerveux*, ou pour mieux dire des zones d'innervation *minima*. Or, il est facile de se convaincre en comparant les deux figures 32 et 33 qu'il y a, sensiblement, correspondance entre ces zones et les principaux foyers peladophores.

D'autre part, la zone *nucho-sus-auriculaire* et la zone *maxillaire* sont placées, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, sous la même dépendance nerveuse : les descriptions anatomiques les séparent artificiellement, mais l'innervation les rapproche, et les répercussions pathologiques aussi. En effet, la partie inférieure de la face, la région du maxillaire inférieur, échappe à l'innervation *riche* du trijumeau et participe de l'innervation *pauvre*,

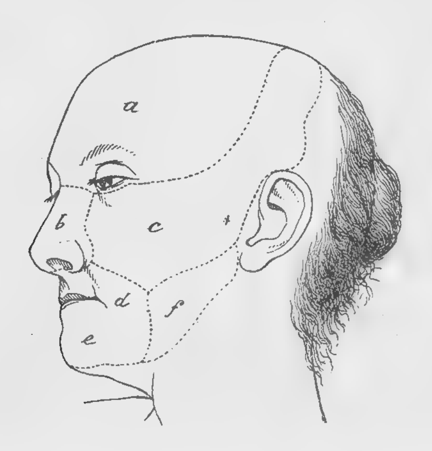


Fig. 34.

du plexus cervical superficiel, par la branche cervicale transverse. Aussi Fedor Krause examinant la sensibilité d'un malade auquel il avait enlevé le ganglion de Gasser (fig. 34) trouva de l'anesthésie complète seulement dans la zone *a*; une anesthésie moindre aux zones *b* et *c*, très atténuée aux zones *d* et *e*, et presque nulle dans la zone *f*, qui passe pourtant pour ressortir à la distribution anatomique de la cinquième paire (1).

Quant à la peau de la nuque et d'une partie de la région qui correspond au temporal (région rétro-auriculaire), elle est innervée, dans son ensemble, par la branche mastoïdienne du plexus cervical superficiel.

(1) Voir B. Cunéo, in *Traité d'anatomie humaine* de Poirier et Charpy, t. III, p. 834.

Cela étant, il y a *forcément*, dans la région ainsi innervée, une certaine lenteur ou pauvreté de la « *circulation nerveuse* », pour employer le terme d'Apathy.

En effet, remontons à la source, et suivons l'ordre métamérique, ou supposé tel, de l'innervation sensitive de l'extrémité supérieure.

Nous avons d'abord la cinquième paire, le trijumeau, pour une partie de la tête, et de la face, et nous ne trouvons plus de rameaux cutanés dans la série des paires crâniennes, nerfs moteurs et de sensibilité spéciale.

Nous arrivons ainsi à la première paire cervicale. Tout semblait bien la destiner à pourvoir à la sensibilité cutanée de la région

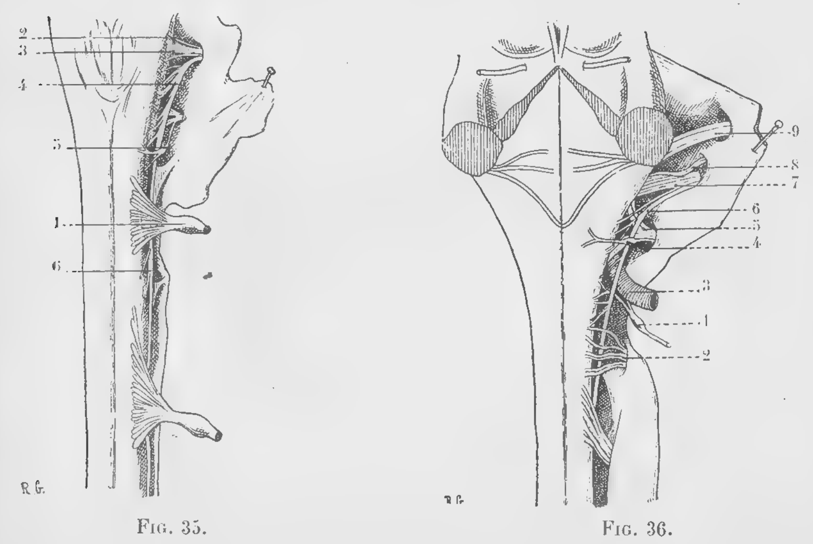


Fig. 35. Fig. 36.

Fig. 35. — Bulbe du mouton. — 1. Première racine cervicale. — 2. Glosso-pharyngien. — 3. Pneumogastrique. — 4. Spinal. — 5. R. post-hypogl. — 6. Port-médull. spin.

Fig. 36. — Bulbe de l'homme. — 1. Première racine cervicale. — 2. Deuxième racine cervicale. — 3. Art. vertébr. — 4. Rac. post. hypogl. — 5. Hypogl. — 6. Spinal. — 7. Pneumog. — 8. Glosso-phar. — 9. Fac. et acoustique.

cervicale supérieure : sa situation, les muscles mêmes qu'elle innerve, tant par sa branche postérieure qu'antérieure, la loi de Meyer voulant que le tégument cutané et les muscles sous-jacents reçoivent leur innervation de la même source. Or, cette paire cervicale est *atrophiée*, privée parfois de racines postérieures, et *seule de la longue série des paires rachidiennes*, elle est exclusivement musculaire.

La deuxième cervicale, plus riche que la première, mais moindre

que les suivantes, fournit quelques rameaux aux téguments de la tête et du cou, par l'intermédiaire des branches mastoïdienne, auriculaire et cervicale transverse; mais rien encore à la nuque : par son nerf d'Arnold elle est toute à la région occipitale *supérieure* et au *vertex*.

Il faut arriver à la troisième cervicale pour trouver quelques filets destinés à la région cervicale postérieure. Or, en règle, comme l'a bien formulé Sherrington : tout *territoire nerveux musculaire ou sensitif reçoit des filets de trois racines consécutives*.

Il est donc évident que la région *nucho-maxillaire* est sacrifiée

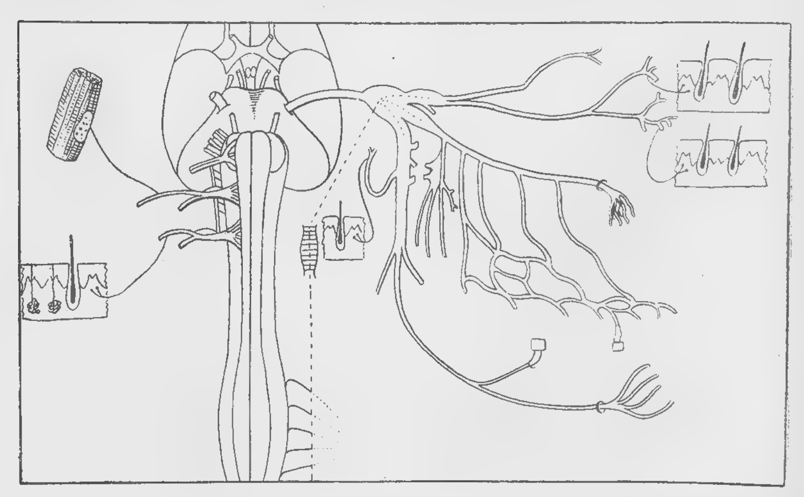


Fig. 37. — Cette figure permet de suivre la marche centripète de l'irritation gingivo-dentaire, partie des extrémités du trijumeau, gagnant le ganglion de Gasser d'où elle peut impressionner des branches à fonction tropho-pilaire (nerfs fronto-palpébraux, nerf auriculo-temporal); puis parvenant au bulbe, où, par la voie que montrent les figures 38 et 39, elle parvient à la substance grise d'origine des premières paires cervicales.

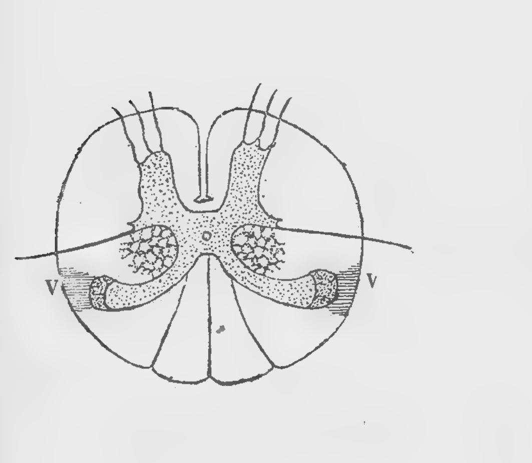
La figure 37 permet aussi de se rendre compte d'un certain nombre des synergies morbides pré ou méta-peladiques (innervation connexe de la pituitaire; de la face; de la tête; grand sympathique; substance cérébrale, nerfs crâniens, etc.).

au point de vue de la circulation nerveuse, et par insuffisance numérique des fibres nerveuses qui lui parviennent, et par déficit de l'une *au moins* des sources d'innervation dont elle semblait devoir être tributaire (1).

(1) A remarquer aussi que les rameaux destinés aux téguments de ces régions, la nuque et le cou du moins, traversent de petites boutonnières fibreuses (muscle trapèze, aponévrose cervicale superficielle), fait peu favorable à une bonne circulation nerveuse.

Il est possible que l'excessif développement du crâne et de la ace chez l'homme, en exigeant pour ses téguments une part prépondérante d'influx nerveux, ait entraîné cette déchéance relative de certaines parties (1). Voyez par exemple, juxtaposés, un bulbe de mouton et un bulbe d'homme : l'atrophie des racines postérieures de la première cervicale est, dans notre espèce, saisissante (fig. 35 et 36, p. 57).

Nous connaissons maintenant comme substratum anatomique au réflexe *dento-pilaire*, un point de départ irritatif dans une région



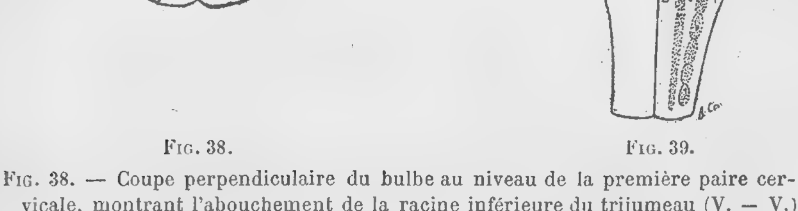


Fig. 38.

Fig. 39.

Fig. 38. — Coupe perpendiculaire du bulbe au niveau de la première paire cervicale, montrant l'abouchement de la racine inférieure du trijumeau (V. — V.) avec la substance grise des paires rachidiennes (d'après Van Gehuchten).

Fig. 39. — Montrant la topographie des noyaux des nerfs crâniens sur le plancher du quatrième ventricule. Sur la droite du dessin se voit : *en bas*, la racine descendante du trijumeau, en continuité avec la colonne grise, origine des nerfs rachidiens; *en haut*, la racine ascendante du trijumeau en contiguïté avec les noyaux d'origine du moteur oculaire commun et du pathétique. Cette contiguïté nous explique l'existence si fréquente chez les peladiques de troubles moteurs oculaires (imité de Poirier et Charpy).

richement innervée, et un point d'arrivée trophique familier en des régions d'innervation pauvre.

(1) Quand le poète a écrit :

Os homini sublime dedit, cælumque tueri
Jussit...,

il n'a pas prévu, c'est probable, qu'il s'ensuivrait, pour la région cervico-maxillaire, une prédisposition à la pelade.

Les voies de conduction nerveuses sont-elles de l'un à l'autre assez directes pour que nous admettions aisément le retentissement réflexe?

Oui : ces voies sont fort directes : des plexus dentaires supérieur ou inférieur, l'incitation peladogène passe au ganglion de Gasser, puis au noyau bulbaire. Elle descend alors en suivant la longue racine inférieure du trijumeau jusqu'à la hauteur de la première paire cervicale où elle se fond avec la colonne grise origine des racines sensitives (fig. 38 et 39.)

La conduction nerveuse est donc aisée et directe entre l'irritation initiale et le point d'arrivée, prédisposé à la dystrophie par l'indigence relative de son innervation (1).

Ainsi, la théorie *névrotrophique* de la pelade répond désormais à un *substratum :* pour un certain nombre de cas au moins, on sait quelle est l'incitation nerveuse initiale ; quelle est sa voie de conduction ; pourquoi elle aboutit à tel point de la surface cutanée plutôt qu'à tel autre. Et l'on voit, par là même, tomber une des objections capitales qui lui furent adressées : *la non-correspondance des aires glabres aux trajets nerveux.*

Les aires, en effet, apparaissent de préférence, non sur le trajet des nerfs, mais en certaines zones, assez fixes, où l'innervation est en déficit au moins relatif.

En résumé, la pelade est un trouble trophique, dont une des conditions pathogéniques fréquentes, consiste en une incitation partie du trijumeau buccal et réfléchie au point d'innervation cutanée *minima*, en correspondance anatomique avec le point irritatif (2).

Maintenant quel est le mode intime de cette répercussion? Y a-t-il inhibition initiale? Y a-t-il au contraire épuisement secondaire après excitation? Je ne veux pas discuter pour le moment ces hypothèses. Il me suffira de dire que Max Joseph, Mibelli, d'autres encore, provoquaient l'inhibition, de façon brutale et massive il est vrai, par leurs expériences de sections nerveuses et radiculaires. Ils ne réalisaient nullement le mode pathogénique d'une pelade *à son point de départ*, mais ils créaient pourtant bien un point d'arrivée identique, à la brusquerie et au degré près, et il

(1) L'incitation peut se propager aussi d'ailleurs dans la racine ascendante du trijumeau, dont les connexions, avec les noyaux d'origine des nerfs moteurs oculaires, nous expliquent la fréquence du strabisme et des mouvements nystagmoïdes chez les enfants peladiques.

(2) Nombre de conditions anatomiques anormales, ou de circonstances adventices peuvent, on le comprend aisément, venir troubler la systématisation peladique régulière. Ainsi, l'atrophie anormale de tel ou tel groupe de racines nerveuses; les traumatismes d'un cordon nerveux, les compressions d'une zone cutanée (peignes par exemple, chez les femmes), les atrophies cicatricielles de tout ordre, etc., etc.

est certain que par delà vingt années de microbisme, je tends la main à ces chercheurs (1).

Critérium thérapeutique.

Le syndrome réflexe provoqué par l'épine irritative gingivo-dentaire *doit* tomber plus ou moins rapidement, quand cesse cette irritation elle-même.

C'est bien là ce que nous montre l'évolution chronologique *générale* de la pelade : aux approches de la puberté, vers douze, treize et quatorze ans, l'ébranlement gingival s'arrête, et les aires peladiques se couvrent de poils : « οφιασίς, *fere in infantibus sæpe per se finitur* ».

De même, vers dix-huit ou dix-neuf ans, cesse l'entr'acte dentaire et la pelade tend à reparaître : j'ai déjà quelques cas où la récidive peladique s'est montrée aux trois principales périodes de l'évolution odontogénique, trahissant ainsi en surface le sourd travail irritatif de la profondeur.

En certains cas particuliers, ceux notamment où les malades ont pu être *suivis*, l'influence de la sédation gingivo-dentaire sur la trichopoièse a paru clairement.

Chez L..., par exemple (Obs. XXXVII), un large disque du golfe fronto-temporal a guéri très rapidement après la chute de la dent malade.

Chez M... (Obs. XXII), la repousse a suivi immédiatement l'émergence de la troisième molaire inférieure droite.

Chez S... (Obs. IV), la repousse périphérique, représentée par la partie ombrée de l'aire (voir fig. 2) a été si rapide, après l'obturation de la dent malade, que je croyais d'abord à une épilation ou rasure faite préalablement, autour du disque et qu'il fallut les affirmations catégoriques de la malade pour me détromper.

Mais le cas de B... surtout (Obs. XL) est démonstratif : cette pelade née d'une irritation gingivale; aggravée, avec tout son cortège sympathique, par le renforcement de cette irritation, a disparu avec cette irritation elle-même. Et la guérison, prévue, *annoncée*, s'est effectuée pour ainsi dire, dans le délai nécessaire à la pousse normale de cheveux épilés.

Quelle différence entre un cas de ce genre et le suivant, surgi je ne sais comment, et guéri je ne sais pourquoi : une jeune fille me consulte pour de larges disques disséminés, datant de trois semaines. En dépit d'un examen minutieux, je ne trouve RIEN qui

(1) M. JOSEPH. Experimentelle Untersuchungen ueber die Ætiologie der Alopecia areata. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1886, p. 483. — MIBELLI. Sulla patogenesi dell alopecia areata. *Bollettino della Sezione dei Cultori della Scienze Mediche.* Siena, 1889, fasc. VIII.

m'explique cette pelade; et je prescris un liniment quelconque. Deux mois après, ma malade, *complètement guérie*, vient me remercier pour la lotion MERVEILLEUSE que je lui ai conseillée!

Voilà bien, n'est-ce pas? la pelade, où, comme le disait en 1888 mon maître Ernest Besnier : « tout est étrange, extraordinaire, irrégulier ; presque tout incompréhensible et inexplicable ».

Or, les cas de ce genre vont diminuer, au fur et à mesure des progrès de l'investigation clinique et chimique, qui permettront de trouver le point de départ *local*, greffé sur l'altération *générale*, vraisemblablement nécessaires à la genèse de toute pelade.

LICHEN PLAN PALMAIRE ET PLANTAIRE

Par **W. Dubreuilh** et **E. Le Strat.**

Parmi les affections qui peuvent atteindre la paume des mains en s'accompagnant d'altérations de l'épiderme corné, d'hyperkératose, de desquamation, de rhagades, les syphilides ont été les premières connues. Il en est résulté que beaucoup de médecins ont attribué à la syphilis presque toutes les éruptions sèches de la paume des mains sous le nom très malheureux de psoriasis palmaire, à cause d'une analogie très superficielle d'aspect. Cependant il existe une infinie variété dans ces éruptions palmaires, puisque presque toutes les dermatoses sèches peuvent atteindre cette région et s'y manifester avec des caractères plus ou moins différents. Lorsque ces localisations palmaires coïncident avec une éruption généralisée, on n'a le plus souvent aucune peine à reconnaître leur nature; mais il n'en est plus de même quand elles sont isolées. Aussi le groupe des kératodermies palmaires et plantaires est-il l'un des chapitres les plus difficiles de la dermatologie.

On a distingué successivement la trichophytie, le psoriasis vrai, l'eczéma, etc... dans leurs localisations palmaires; et l'on peut généralement les reconnaître dans leurs manifestations isolées. Pour ce qui est du lichen plan, les observations démonstratives sont encore peu nombreuses, et le diagnostic de lichen plan chronique des paumes et des plantes paraît avoir été rarement fait. C'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de publier les quelques observations que nous possédions à ce sujet, et d'en ébaucher une description en nous aidant des quelques faits qui sont relatés dans la bibliographie.

Dans cette étude, on rencontre dès le premier abord une difficulté toute particulière : elle est due à ce que l'arsenic forme la base du traitement classique du lichen plan. Or, l'arsenic détermine des hyperkératoses des paumes et des plantes qui ont une réelle analogie avec le lichen plan de ces régions et qui ont été certainement confondues avec lui en plusieurs occasions.

Le cas le plus simple et le plus facile est évidemment celui où les lésions palmaires coïncident avec une éruption généralisée; et dans un certain nombre d'observations de lichen plan, on trouve mentionnée l'existence de papules sur les mains. Elles se présentent alors sous forme de papules lenticulaires rougeâtres, différant très peu de la couleur normale de la peau, à peine saillantes, un peu dures au toucher, couvertes d'un épiderme légèrement épaissi, ce

qui leur donne une teinte brunâtre. Le prurit est généralement médiocre, la desquamation très faible ou nulle. Ces papules ressemblent fort à des syphilides secondaires des paumes; mais la coïncidence d'une éruption généralisée de lichen plan enlève toute possibilité d'une erreur de diagnostic.

La difficulté est beaucoup plus grande dans les formes chroniques, parce que les autres localisations du lichen plan sont plus discrètes et peuvent même manquer. Il ne nous paraît pas possible de faire actuellement d'une façon certaine le diagnostic d'un lichen plan exclusivement localisé aux régions palmaires ou plantaires, et nous sommes obligés de nous baser pour notre description sur des cas où l'on est aidé par des lésions typiques en d'autres régions.

Observation I. — H. D..., âgé de 30 ans, négociant, ne présente pas d'antécédents héréditaires de nervosisme ou d'arthritisme. Dans ses antécédents personnels on relève des migraines, des hémorrhoïdes, quelques symptômes de nervosisme; il n'a jamais eu la syphilis.

Il y a deux mois apparaissait aux doigts du malade une éruption prurigineuse, qui s'est ensuite rapidement étendue à la paume des mains, où elle a débuté sous forme de taches cornées, dures et jaunâtres. Le prurit a toujours été consécutif à l'éruption, présentant une légère exacerbation le matin après le lavage des mains. Au mois de mai l'affection s'est fort aggravée à la suite des excès de tout genre auxquels s'est livré le malade durant un séjour à Paris.

A la date du 20 juin 1893, l'éruption occupe la paume des deux mains, les faces latérales et parfois la face dorsale des doigts. Elle s'étend aussi à la face antérieure des poignets; mais ces dernières régions ne sont envahies que depuis 4 ou 5 jours.

Sur la paume des mains, l'éruption est constituée par de petits placards lenticulaires, qui, disséminés sans ordre, arrivent en certains endroits à se grouper et à confluer irrégulièrement. Les lésions isolées, les plus petites, sont formées par une élevure circulaire de 3 à 4 millimètres de diamètre, dont la surface brunâtre et cornée est rendue rugueuse par suite de l'exagération des saillies papillaires. Si les éléments sont plus volumineux, leur centre blanchit par suite de la desquamation farineuse. Quant aux plaques qui résultent de la confluence des petites élevures, elles sont très irrégulières : leur partie centrale présente un épiderme légèrement épaissi, farineux et desquamant très peu ; leur pourtour est constitué par de l'épiderme corné, épaissi, brunâtre, sans desquamation appréciable ; il n'existe point de bourrelet bien net. On n'observe ni rhagades, ni rougeur, ni infiltration du derme.

Aux doigts les lésions siègent principalement au niveau des faces latérales, où elles forment de petites bandes, qui occupent sur certains doigts toute la longueur des deux premières phalanges. Elles atteignent aussi la face palmaire, voire même la face dorsale de ces doigts; mais elles y sont beaucoup moins abondantes. Sur les parties latérales, l'éruption la plus récente se présente sous forme de plaques irrégulières, rugueuses, dures

et chagrinées, qui résultent de la cohérence de nombreuses papules miliaires à sommet arrondi ou plan, et ne s'accompagnent d'aucune rougeur. Sur les plaques les plus anciennes, l'épiderme est inégal, écailleux, desquamant et farineux. Malgré l'apparence pâle et même blanchâtre des lésions, il n'existe point de vésicules. A la face palmaire des doigts, les lésions présentent le même aspect brun, corné, qu'à la paume des mains. Sur la face dorsale, l'éruption, d'ailleurs fort discrète, est écailleuse et chagrinée. On reconnaît sur quelques papules une exagération notable des saillies papillaires. Les ongles sont indemnes, quoique l'un des replis circumunguéaux soit altéré sur une grande étendue.

On remarque de chaque côté une propagation de l'éruption à la face antérieure des poignets, sous forme d'une bande très diffuse, large de 3 à 4 centimètres et longue (suivant l'axe du membre) de 6 à 7 centimètres. Ce groupe est formé de papules disséminées, dures, luisantes, aplaties, voire même ombiliquées. Parmi ces papules, les plus volumineuses sont coupées par les plis de flexion exagéré : ce sont des papules typiques de lichen plan.

Rien aux pieds, rien à la verge, rien dans la bouche.

Le prurit, consécutif à l'éruption, est très vif, surtout quand le malade se lave les mains.

Traitement par la liqueur de Fowler et une pommade avec : vaseline, 20 grammes ; acide salicylique, 2 grammes; sublimé, 10 centigrammes.

2 août 1893. — L'éruption est beaucoup moins prurigineuse; mais elle s'est étendue à toute la paume des mains, aux faces palmaire et latérales des doigts, à la face dorsale des phalanges unguéales. La peau est rouge, presque violacée, couverte d'écailles adhérentes, qui abondent surtout au niveau des doigts. La desquamation est à peu près nulle à la paume des mains où l'éruption se limite par des contours arrondis, géographiques, constitués par une rougeur violacée et un épaississement épidermique. On ne rencontre ni gaufrures, ni dépressions sudoripares.

Les lésions des poignets ont disparu.

Au prurit a succédé une sensation très vive de chaleur.

Il s'est donc fait dans l'aspect des lésions un changement qui semble résulter du traitement arsenical. Les placards ont conservé leur forme géographique, mais la rougeur et la sensation de chaleur survenue depuis quelques jours sont probablement des phénomènes d'arsenicisme.

Mai 1894. — Les lésions palmaires persistent encore et vont se disséminant sur les faces latérales des doigts et les bords de la main. L'épiderme est sec, écailleux, recouvert d'une légère desquamation farineuse, et l'on observe quelques fissures superficielles au niveau des plis de flexion. Le malade accuse toujours du prurit.

Obs. II. — B..., tonnelier, ne présente dans ses antécédents personnels ni éruption cutanée, ni maladie nerveuse, ni maladie vénérienne. Marié depuis vingt ans, B... a eu deux enfants ; le premier est mort à dix mois du choléra infantile; le second, actuellement âgé de quinze ans, est en bonne santé.

L'éruption que présente notre malade, débutait il y a cinq ans par la

paume de la main droite, et s'est perpétuée depuis cette époque sans jamais présenter de rémission complète. Elle occupe aujourd'hui à droite la face palmaire de la main et des deux premières phalanges de tous les doigts.

A la paume de la main, l'on remarque une légère rougeur diffuse, et l'épiderme qui la recouvre, encore assez souple, est légèrement épaissi, avec des crêtes papillaires bien marquées, sans desquamation active, quoiqu'il soit finement poudré de blanc dans les interlignes des saillies papillaires. Cet épiderme est coupé de profondes crevasses dans les plis de flexion de la paume et des doigts. Sur le bord des crevasses, l'hyperkératose s'exagère et forme des bourrelets, qui atteignent en certains points 2 millimètres d'épaisseur. On ne trouve ni bouchons épidermiques, ni dilatation des orifices sudoripares.

Les lésions sont exactement limitées à l'épiderme palmaire. Au bord cubital de l'auriculaire et de la main, la rougeur et l'épaississement kératosique s'arrêtent à la fois, mais sans former de bourrelet saillant. Au bord radial de l'index, cette même bordure existe, mais l'hyperkératose, plus accusée en cet endroit, dessine un vague bourrelet. Au delà de l'hyperkératose, on ne trouve point d'infiltration du derme, et la limite est simplement constituée par la cessation brusque des lésions de la paume sans qu'il y ait d'exagération marginale des lésions.

Le dos de la main droite est tout à fait normal avec une peau particulièrement fine. Les ongles sont indemnes. Rien à la main gauche, rien sur le corps.

A la bouche, les lésions sont localisées à la langue, qui présente à droite et en avant une grande plaque d'aspect blanchâtre, constituée par un épaississement de l'épiderme. Cette plaque, irrégulière et mal limitée, se dégrade à la périphérie en lésions isolées et atténuées. Celles-ci débutent par un épaississement des interstices des papilles, qui va sans cesse en s'accusant davantage, au point de noyer ces papilles dans une nappe finement grenue, d'une blancheur grisâtre moins neigeuse que celle de la leucokératose. Cette plaque ne fait point de saillie, et il n'existe point d'épaississement du derme sous-jacent. Sur la face dorsale, sur les bords de la langue, on n'aperçoit pas la moindre cicatrice. Les joues, la gorge sont indemnes.

L'existence de la plaque linguale doit remonter à plusieurs années, car depuis longtemps le malade accusait une sensation toute particulière au passage des liquides chauds sur la langue.

En outre de la grande plaque, on constate sur les deux bords de la langue deux petites traînées blanchâtres à peine visibles, constituées par un épaississement épithélial qui débute dans les espaces interpapillaires et on arrive encore ici à recouvrir ses papilles. Ces traînées blanchâtres n'ont aucun caractère cicatriciel.

A la commissure droite des lèvres, on remarque une ébauche de plaque des fumeurs.

Dans les deux observations qui précèdent, le diagnostic était dicté par l'existence de lésions en d'autres régions. Dans celle qui suit, il n'en est pas de même; et il en résulte que le diagnostic de

lichen plan ne peut être fait qu'avec une certaine hésitation et en se basant sur l'analogie avec les précédentes.

Obs. III. — D..., 69 ans, chapelier, accuse des antécédents morbides très nombreux : blennorrhagie, érysipèles à répétition, fièvre typhoïde, choléra, nouvel érysipèle. Actuellement, le malade présente chaque matin une céphalée très intense.

L'éruption a débuté, il y a 18 mois, par l'apparition de petites plaques lenticulaires, à bords arrondis, bien limités, entourés d'une collerette de desquamation très étroite, légèrement saillante et circonscrite par une auréole d'épaississement épidermique.

Main droite. — Au centre de la face palmaire, on aperçoit trois ou quatre plaques : la plus petite est de la grandeur d'un grain de chènevis ; la moyenne, allongée, serpigineuse, mesure 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Quant à la plus grande, irrégulièrement arrondie, elle atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs et s'étend jusqu'au premier espace interdigital.

Les bords de ces plaques sont nettement limités, entourés par un léger talus constitué par un épiderme qui s'épaissit graduellement en s'approchant de la plaque. Au sommet du talus, l'épiderme est brusquement desquamé et forme en certains points une étroite collerette. La surface des plaques est à peine saillante, très légèrement rougeâtre et farineuse, criblée de petites dépressions ponctuées en dé à coudre. Sur l'épiderme épaissi, desquamant en farine, on aperçoit des saillies papillaires, tantôt effacées, tantôt très accusées, mais toujours irrégulièrement entrecoupées par des ponctuations. Ces ponctuations, du volume d'un grain de pavot, sont parfois remplies par un petit cône épidermique : leur disposition linéaire permet de les attribuer aux orifices sudoripares. Le derme n'est pas infiltré ; il est seulement induré à sa surface par suite de la diminution de la soupiesse de l'épiderme.

Les lésions sont surtout marquées au centre de la paume ; elles le sont moins vers le premier espace interdigital où l'on ne trouve qu'une plaque rougeâtre, farineuse et bien limitée. A ce niveau, l'éruption s'était, l'année dernière, propagée sur la face dorsale presque entière ; elle y est aujourd'hui guérie et n'a laissé qu'une légère pigmentation. A la base de l'éminence hypothénar, l'on rencontre une petite plaque à peine marquée.

Main gauche. — Les lésions sont ici moins accusées. A la partie centrale de la paume, se voit une plaque bien limitée, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, à contours géographiques (genre Norvège), uniquement caractérisée par une légère desquamation farineuse. L'épiderme n'est pas épaissi, sauf peut-être autour de la plaque où se dessine une auréole assez foncée. Enfin on aperçoit 4 ou 5 plaques à peine visibles dans le premier espace interdigital et sur les faces palmaire et externe du pouce. Pas de démangeaisons.

Traitement : 1° Pilules asiatiques (deux par jour) ; 2° Pommade avec vaseline, 20 grammes ; acide salicylique, 2 grammes ; sublimé, 20 centigrammes.

8 septembre 1891. — Les lésions sont très affaissées, mais elles persistent encore.

23 février 1892. — *Main droite.* — Actuellement les lésions forment une plaque unique, qui s'étend depuis le pli du poignet jusqu'au premier espace interdigital, en respectant la plus grande partie des éminences thénar et hypothénar; les limites sont d'ailleurs mal dessinées. Il existe une légère rougeur, ainsi qu'un épaississement progressif de l'épiderme, avec une notable augmentation des saillies papillaires jusqu'au milieu de la paume, où dans l'épaississement épidermique l'on remarque les dépressions punctiformes déjà signalées. Ces ponctuations en dé à coudre sont la trace des cônes épidermiques éliminés. Dans le premier espace interdigital, l'épiderme est épaissi, écailleux, fendillé.

Main gauche. — Le centre de la main, l'éminence thénar, le premier espace interdigital, la face palmaire de la première phalange du pouce sont atteints par les lésions. Au centre de la main, c'est un simple état finement mamelonné constitué par une exagération des saillies papillaires. Au pouce, à l'éminence thénar, c'est un épaississement de l'épiderme qui est sec, écailleux, coupé de fissures et même de rhagades.

Pied droit. — A la partie centrale de la face plantaire, se voit un grand placard, qui déborde sur le bord interne du pied. Dans toute l'étendue de cette plaque, l'épiderme est notablement épaissi, desquamé en farine; mais il reste souple et n'est point écailleux. Toute la surface malade est criblée de petits trous, comme taillés à l'emporte-pièce, et susceptibles de loger tantôt un pois et tantôt une tête d'épingle. Ces trous sont la trace des cônes épidermiques que l'on voit encore çà et là, profondément enfoncés, et mesurant le volume d'un grain de mil. Les bouchons épidermiques deviennent parfois douloureux au point que le malade se les arrache à l'aide d'un couteau.

On ne constate ni rougeur, ni lésions dermiques.

Pied gauche. — La plante est légèrement épaissie, médiocrement écailleuse.

Traitement. — 1° Pilules asiatiques; 2° Pommade à la chrysarobine, à 1 p. 10.

19 juin 1892. — *Main droite.* — La plaque s'est étendue ; elle occupe maintenant toute la face palmaire de la main depuis le poignet jusqu'au pli métacarpo-phalangien des deuxième, troisième et quatrième doigts, qu'elle franchit légèrement. De plus, les lésions ont recouvert la première phalange du pouce. On trouve à la limite des lésions une séparation bien nette entre l'épiderme normal et l'épiderme parcheminé. La surface de la plaque est devenue rugueuse par suite de l'exagération des saillies papillaires, qui sont plus consistantes qu'à l'état normal. Elle est couverte de petites taches noirâtres de 1/2 à 1 millimètre, correspondant à des bouchons épidermiques durs et cornés. Après l'ablation de ces bouchons, la plaque paraît criblée de trous en dé à coudre. Ces cônes épidermiques semblent siéger sur les crêtes papillaires au niveau des orifices sudoripares.

Main gauche. — Les lésions forment un grand placard, qui occupe la plus grande partie de la paume de la main, en s'étendant au premier espace interdigital et à la face palmaire du pouce. Sur toute cette surface, l'épiderme n'est pas épaissi d'une façon très sensible ; mais il est sec, dur, écailleux, et se fissure au niveau des plis. Il desquame difficilement en

farine; mais cette desquamation s'exagère par le grattage; à la périphérie, la plaque apparaît limitée par un trait absolument net, qui détermine la formation de larges arcades, et semble avoir été tracé par une pointe d'aiguille. Au toucher, cette délimitation n'est plus accusée que par un ressaut à peine perceptible et par le passage brusque de l'épiderme souple et normal à l'épiderme morbide qui est parcheminé. Cette brusque transition de l'épiderme sain à l'épiderme malade est un fait très frappant.

A la face dorsale du premier espace interdigital et sur la face palmaire du pouce, les lésions sont moins bien limitées. On n'y constate rien d'analogue au soulèvement épidermique qui se voit dans la trichophytie.

A la *plante des pieds*, l'épiderme est épaissi, se laisse écailler par le grattage, et présente quelques-uns de ces cônes épidermiques que l'on rencontre aux mains. La démangeaison n'existe que dans les intervalles où le malade suspend l'usage de ses médicaments.

Traitement. — 1° Pilules asiatiques : deux par jour; 2° Pommade avec : lanoline, 8 grammes; cire blanche, 8 grammes; huile d'olives, 4 grammes; acide salicylique, 2 grammes; résorcine, 2 grammes.

9 octobre 1892. — *Main droite.* — A la partie centrale de la paume, l'épiderme a recouvré sa souplesse habituelle. A la périphérie, il existe bien encore un aspect criblé, mais toutes les lésions épidermiques sus-mentionnées sont guéries.

Main gauche. — La paume est recouverte d'un épiderme lisse et souple, circonscrit par un liséré d'épiderme plus ancien.

En somme, la guérison semble complète.

Traitement. — Pommade avec : lanoline, 6 grammes ; cire jaune, 6 grammes; huile d'olives, 3 grammes; chrysarobine, 2 grammes.

A nos observations personnelles, nous pouvons joindre quelques faits analogues recueillis dans les auteurs. Nous citerons d'abord une observation de Hallopeau (1), où le malade, atteint depuis huit ans d'un lichen plan des pieds, des cuisses, des avant-bras, de la verge et de la bouche, avait de l'hyperkératose palmaire avec dilatation des orifices sudoripares.

C'est ensuite une autre observation du même auteur (2) : un homme, atteint depuis longtemps de lichen plan des membres, présentait une hyperkératose des paumes et des plantes. Les lésions prurigineuses avaient une bordure érythémateuse bien accusée.

Malcolm Morris (3), en 1894, a signalé un autre cas où le malade avait du lichen plan des jambes ainsi que des lésions hyperkératosiques des paumes et des plantes.

(1) Hallopeau. Lichen plan avec dilatation considérable des orifices sudoripares. *Annales de dermatologie*, 1889, p. 887.

(2) Hallopeau. Lichen plan avec hyperkératose palmaire et plantaire. *Annales de dermatologie*, 1895, p. 121.

(3) M. Morris. Persistent lichen planus with keratosis of the palms and soles. *British Journal of dermatology*, 1894, p. 336.

Enfin Brooke (1), en 1891, a publié trois observations de lichen plan palmaire dont la dernière cependant pourrait bien être une hyperkératose d'origine arsenicale.

Ces quelques observations nous permettent d'ébaucher une description du lichen plan palmaire chronique.

Il nous paraît débuter comme dans les formes aiguës par des élevures lenticulaires rougeâtres et faiblement hyperkératosiques. Ces élevures en confluant formeront des plaques plus étendues, à contours irréguliers, géographiques, ou même couvriront la face palmaire de la main et des doigts. Le contour de la surface malade est nettement dessiné par une très faible saillie qui suit généralement la limite de l'épiderme palmaire sur les bords cubital et radial de la main. Le talus, brunâtre par suite de l'hyperkératose, est parfois limité en dehors par une étroite zone rougeâtre; il est très peu sensible au doigt qui perçoit plutôt le passage brusque de l'épiderme souple et normal à l'épiderme parcheminé de l'aire affectée.

Dans la partie malade, la couche cornée n'est que faiblement épaissie, mais elle est sèche et dure au toucher. Il n'existe point de margination : les lésions sont égales sur toute l'étendue de l'aire malade. Les crêtes papillaires sont partout bien visibles; la desquamation est faible et se réduit le plus souvent à un simple état farineux qui dessine en blanc les intervalles des saillies papillaires. Quant aux plis de flexion, ils sont fréquemment le siège de crevasses sur les bords desquelles l'épiderme se desquame en lambeaux épais.

Dans un certain nombre d'observations on trouve signalée la dilatation des orifices sudoripares qui sont occupés par des bouchons durs et cornés du volume d'une tête d'épingle. Cette particularité, si habituelle dans les hyperkératoses d'origine arsenicale, prête singulièrement à la confusion ; mais elle paraît être assez habituelle dans le lichen plan palmaire et s'observe fréquemment dans les autres localisations de la maladie.

Le prurit est rarement très intense. La durée de la maladie paraît assez longue.

Diagnostic. — L'une des premières affections dont il est très difficile de distinguer le lichen plan palmaire est l'*hyperkératose arsenicale.* Dans les deux affections, l'on peut rencontrer la dilatation des orifices sudoripares avec formation de bouchons cornés assez profondément enchâssés. Pour les formes subaiguës de l'hyperkératose arsenicale, la distinction est en général assez facile parce qu'elle débute par de l'érythème, par des sensations de chaleur, et que les lésions sont absolument diffuses. La difficulté est plus grande pour

(1) Brooke. Notes on some keratoses of the palms and soles. *British Journal of dermatology*, 1891, p. 19.

les formes chroniques. Toutefois l'hyperkératose arsenicale chronique est toujours symétrique, généralement diffuse, étalée sur les paumes et les plantes sans former de placards limités. L'hyperhidrose est sinon constante, du moins habituelle ; l'épaississement corné est peut-être plus accusé, et la desquamation est peu considérable. En outre, les anamnestiques apprennent que la maladie a été précédée d'un traitement arsenical de plus ou moins longue durée, et l'on peut rencontrer d'autres manifestations de même origine. Enfin le traitement par les arsenicaux à l'intérieur, qui améliore généralement le lichen plan, ne fera qu'aggraver l'hyperkératose arsenicale.

L'*eczéma kératosique palmaire et plantaire* forme des placards mal limités, à bords dégradés, épais, rugueux, crevassés, et desquamant abondamment en lamelles épaisses. Quand les lésions atteignent la face dorsale de la main, elles s'y manifestent avec les caractères habituels et classiques de l'eczéma squameux ou vésiculeux.

Le *psoriasis* débute à la paume des mains par des lentilles cornées, assez analogues à celles du lichen plan, mais plus franchement hyperkératosiques. Quand il se forme des placards, ils sont plus rouges, la desquamation y est très abondante, et le grattage produit des traînées blanches et nacrées caractéristiques.

Nous ne citerons que pour mémoire le *pityriasis rubra palmaire* qui donne naissance à des hyperkératoses diffuses beaucoup plus considérables, et forme de véritables semelles compactes et peu desquamatives. Elles s'accompagnent du reste presque toujours de lésions caractéristiques des ongles et de la peau.

Les *syphilides palmaires et plantaires* sont en général d'une distinction facile. Cependant la syphilis est tellement polymorphe qu'il est des cas où les lésions peuvent ressembler de tous points au lichen plan palmaire. La dilatation des orifices sudoripares ne se voit pas dans la syphilis ; mais ce caractère manque souvent dans le lichen. Les syphilides sont généralement plus écailleuses, desquamant en lamelles et non en farine. Les rhagades, rares dans le lichen, sont fréquentes et bien accusées dans la syphilis.

En général l'examen de la muqueuse buccale peut être d'un grand secours, à cause de l'aspect caractéristique du lichen plan ou des syphilides de la bouche. Cependant notre observation II montre que les mêmes difficultés peuvent se poursuivre dans cette région, et que l'on peut hésiter entre un lichen plan lingual et une leucokératose syphilitique. C'est pourquoi, comme nous le disions en commençant, le diagnostic de lichen plan palmaire est un de ceux que l'on ne peut guère affirmer, si l'on n'y est aidé par quelqu'autre lésion plus caractéristique.

Traitement. — Le traitement du lichen plan palmaire ne diffère pas du traitement ordinaire de cette affection. L'emploi des arseni-

caux à l'intérieur, quoi qu'on en ait dit ces derniers temps à la Société dermatologique de Londres, nous a paru généralement utile.

Comme traitement local, on emploiera des compresses de résorcine suivant le procédé de Unna, lorsque les rhagades et l'hyperkératose seront très prononcées. Si la résorcine est mal supportée, ou les lésions moins accusées, on appliquera des pommades au naphtol ou à la chrysarobine à la dose de 5 à 10 grammes pour 100. Ces doses élevées sont généralement bien supportées dans les régions palmaires et plantaires ; mais la chrysarobine a l'inconvénient sérieux de tacher les ongles. Dans quelques cas nous avons utilement employé des pommades de Unna à l'acide phénique et au sublimé.

UN CAS DE PARONYXIS TUBERCULEUX D'INOCULATION.

Par M. le Dr **Dalous**,
Chef de clinique à l'Université de Toulouse.

Les tuberculoses d'inoculation ont actuellement une histoire assez complète ; mais, quoique bien connues dans leurs modalités cliniques, leurs particularités histologiques et bactériologiques, elles se présentent parfois sous un aspect qui mérite de retenir l'attention. C'est ainsi que récemment nous avons pu observer un cas de paronyxis dont l'évolution permit de concevoir des doutes sur une origine simplement inflammatoire, et que l'examen histologique a rangé parmi les tuberculoses d'inoculation. Nous ne saurions dire si cette localisation de la tuberculose est très rare : n'ayant que l'intention de signaler le fait, nos recherches bibliographiques n'ont pas été poussées très loin. Mais dans quelques thèses sur les tuberculoses d'inoculation, dans les articles Onyxis des *Dictionnaires Jaccoud* et *Dechambre*, dans le livre de J. Heller: *Die Krankheiten der Nägel* (Berlin, 1900), qui contient pourtant un nombre considérable d'indications bibliographiques, etc., nous n'avons vu signaler ni décrire la tuberculose péri-unguéale.

Le malade observé et opéré à la clinique par M. le professeur Audry est un étudiant en médecine instruit. C'est dire que les phases d'évolution de la maladie ont été scrupuleusement observées; c'est grâce aux renseignements qu'il nous a donnés que nous avons pu rédiger l'observation qui suit.

Antécédents héréditaires. — Excellents.

Antécédents personnels. — En bas âge, impétigo et une adénite suppurée qui fut ouverte au bistouri. A six ans, rougeole avec otite moyenne suppurée. A quinze ans, néphrite a frigore ? L'albuminurie a complètement disparu. A seize ans, angine grave de nature indéterminée. A vingt et un ans, pendant le service militaire, attaque subaiguë de rhumatisme articulaire, d'allures un peu singulières.

L'affection débute au mois de mai par une douleur au niveau du genou gauche, avec un point particulièrement douloureux au niveau de la face postérieure du condyle externe. Hydarthrose. L'articulation resta douloureuse pendant près de deux ans. Cette longue durée de la maladie épuisa M. S..., qui depuis est resté maigre, et n'a plus récupéré la vigueur qu'il avait auparavant.

Maladie actuelle. — Vers le 20 juillet 1901, M. S... s'écorcha légèrement en nettoyant ses ongles, dans la rainure unguéale de l'annulaire gauche, côté interne. Le 21 juillet, il fit l'autopsie d'un tuberculeux et fut gratté, au même endroit, par une côte brisée. Après l'autopsie, lavage soigneux au savon et au sublimé.

Cependant, une petite douleur persiste et toute la rainure unguéale devient rouge. Au bout de trois semaines il s'est formé un petit panaris sous-cutané à côté de l'ongle. Ce panaris ouvert au bistouri donne issue à du pus louable. Pansements humides ; la plaie semble se cicatriser, la douleur a disparu. Tout à coup, la rougeur reparaît, l'épiderme se soulève, tout le long de la rainure unguéale, il s'établit un léger suintement purulent, et à ce moment M. S... remarque trois points blanchâtres, dans la rainure, sous l'épiderme décollé. L'examen bactériologique de l'exsudat séro-purulent fut négatif, un des points blancs fut écrasé entre deux lamelles ; après coloration par la méthode de Ziehl, M. S... crut apercevoir deux bacilles de Koch. Le doigt fut alors laissé à l'air libre, les trois tubercules parurent se dessécher, il se forma une croûtelle dans la rainure ; cette croûtelle fut détachée ; elle emporta avec elle, en apparence du moins, les trois petits tubercules. Le doigt restait toujours douloureux à la pression latérale, au niveau de l'ongle. A l'occasion d'une nouvelle contusion au même doigt,la douleur devint encore plus vive, trois points blanchâtres apparaissent dans la rainure unguéale,qui se remplit de nouveau de sérosité. En quatre ou cinq jours les points blancs crevèrent, il s'écoula un peu de pus, et par les orifices apparurent des fongosités. Celles-ci furent en peu de temps recouvertes par l'épiderme, et, sauf un épaississement du bourrelet latéral et la douleur toujours vive à la pression, l'affection semblait terminée.

Vers le 20 octobre, M. S... vint montrer son doigt à M. le professeur Audry : il n'existait alors qu'un peu de rougeur du côté interne du doigt, et un léger suintement dans la rainure. M. le professeur Audry crut tout d'abord qu'il s'agissait d'une tourniole. Quelques pansements humides eurent pour résultat de provoquer une poussée aiguë. On ne saurait mieux comparer l'aspect du doigt à ce moment qu'à celui d'un ongle incarné. La peau se souleva, M. Audry incisa un petit abcès ; quelques jours après se forma un nouvel abcès qui fut ouvert avec un stylet rougi au feu. Sur le bourrelet se voyaient trois petits pertuis permettant l'introduction d'une fine aiguille et laissant sourdre une sérosité jaunâtre ; quelques légers débridements mirent en évidence des fongosités qui comblaient la rainure unguéale.

Le ganglion épitrochléen gauche semblait un peu plus volumineux que celui du côté droit, mais cela pouvait être mis sur le compte de la longue durée de la suppuration au niveau de l'ongle. M. Audry, convaincu qu'il s'agit de tuberculose péri-unguéale, décide d'enlever tous les tissus suspects.

Le 10 octobre, après anesthésie au bromure d'éthyle, on enlève d'abord une petite masse ayant l'aspect d'un bourgeon charnu, puis par transfixion tout le bourrelet latéral est enlevé ; excision du bord interne de l'ongle ; curettage profond de la surface dénudée, et cautérisation au thermocautère.

Pansements humides, après avoir rempli la plaie de poudre d'iodoforme. Quinze jours après, l'eschare tombe, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

L'examen des fragments excisés ayant montré l'existence de tubercules, M. Audry enlève le ganglion épitrochléen. Une partie de ce ganglion a été fixée dans l'alcool, le reste inoculé sous la peau du ventre d'un cobaye.

L'examen histologique de ces diverses pièces nous a permis d'établir leur nature tuberculeuse.

Le bourrelet enlevé par transfixion présentait sur les coupes l'aspect suivant :

L'épiderme d'abord normal allait s'épaississant jusqu'au niveau de l'ulcération située au niveau de la rainure unguéale; en ce point il est environ trois fois plus épais. Les cellules du corps muqueux y ont perdu leurs filaments unitifs, elles sont gonflées et leur protoplasma est creusé d'une grosse vacuole périnucléaire. Par places on trouve de petits abcès intra-épidermiques. La couche cornée très épaisse présente entre ses feuillets des amas nécrosés de leucocytes et quelques globules rouges.

Le derme est infiltré de cellules embryonnaires, les capillaires sont très dilatés. Dans les couches profondes du derme, au-dessous de quelques tubes sudoripares normaux, l'infiltration lymphocytaire est très intense. Ces leucocytes forment une couche assez épaisse et compacte au-dessous de laquelle se trouve une zone d'aspect vaguement lobulé. Ces lobules dépourvus de vaisseaux sont formés d'amas de cellules polygonales à protoplasma abondant, et pourvus d'un seul noyau. Le centre de ces amas est parfois occupé par une masse granuleuse semblant formée de débris protoplasmiques et nucléaires. Dans un assez grand nombre on trouve des cellules géantes dont quelques-unes contiennent une dizaine de noyaux disposés en fer à cheval dans l'intérieur du protoplasma. Il s'agit là sans aucun doute de follicules tuberculeux, les uns composés de cellules épithélioïdes, les autres ayant déjà un centre caséeux, d'autres enfin contenant des cellules géantes. Nous avons coloré un certain nombre de coupes par la méthode de Ziehl; nous n'avons pas trouvé de bacilles de Koch.

Le fragment de ganglion épitrochléen prélevé pour l'examen histologique présentait sur un point de sa périphérie une granulation tuberculeuse des plus nettes, avec des parties caséifiées, des cellules géantes et des cellules épithélioïdes.

Le cobaye inoculé avec le reste du ganglion épitrochléen est mort dix jours après l'inoculation. La plaie cutanée, au lieu de se cicatriser, était largement ouverte, formant un ulcère assez volumineux dont le fond était rempli d'une masse blanche et granuleuse; dans les frottis sur lame faits avec cette matière et colorés par le Ziehl nous n'avons pas trouvé de bacilles de Koch. Les ganglions inguinaux du côté correspondant étaient considérablement augmentés de volume. La rate ne contenait pas de tubercules apparents et les frottis faits avec la pulpe de cet organe ne nous ont pas montré de bacilles.

Le neuvième jour après l'ablation du ganglion épitrochléen, on fit le pansement. Réunion per primam, ablation des fils. Le doigt était complètement guéri, et le malade, paraissant en bon état, quitta Toulouse après avoir passé sa thèse de doctorat, pour aller exercer la médecine dans son pays natal.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 6 MARS 1902.

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur une néoplasie ulcéreuse de la région inguinale, par MM. Besnier et Hallopeau. (Discussion : MM. Darier, Besnier.) — Sur un cas de lupus érythémateux anormal, par MM. Hallopeau et Bouchot. — Sur un nouveau cas de maladie de Darier, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Sur une malformation crânienne, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Lupus érythémateux de la face et angiodermite tuberculeuse des mains, par MM. Leredde et Pautrier. (Discussion : MM. Jacquet, Leredde.) — Guérison d'un cas de tabes par les injections de calomel, par M. Leredde. (Discussion : MM. Hallopeau, Moty, Leredde, Vérité, Fournier, Jacquet, Renault. — La pelade d'origine gingivo-dentaire, par M. Jacquet. (Discussion : MM. Hallopeau, Sabouraud, Balzer, Brocq, Gaucher, Moty, Gastou, Jacquet.) — Chéloïdes spontanées multiples, par MM. Gaucher et Lacapère. — Considérations sur la médication cacodylique, par M. Burlureaux. — Syphilis ignorée de la face, par MM. Fournier et Paris. — Ténosite du poignet au cours d'une syphilis secondaire, par MM. Fournier et Crouzon. — Arthropathie au cours d'une syphilis secondaire, par MM. Fournier et Crouzon. — Éruption bromo-iodique, par MM. Balzer et Lecornu. — Éruption polymorphe bulleuse iodique, par MM. Balzer et Lecornu. — Sur une corne de la paupière d'un enfant, par MM. Audry et Dalous. — Où se prennent les maladies vénériennes, par M. Audry. — Hyperkératose circonscrite des doigts chez un syringomyélique, par MM. Audry et Dalous. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

Bulletin de la Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1901, nos 1, 2, 3.

G. S. Miron. — Trei cazuri de sifilis extra genital. Bucharest, 1899.
— Un cas de sifilis trecut ne observat. Bucharest, 1898.
— Chancre syphilitique de l'amygdale droite. Bucharest, 1902.

Capdepont. — Folliculite expulsive des nouveau-nés. Extr. : *Revue de stomatologie*, 1902.

Gaucher et Lacapère. — Tuberculose miliaire du pharynx. Extr. : *Archives de méd. expérimentale*, 1902.

Gaucher. — Des moyens propres à prévenir la prostitution. Extr. : *Bulletin de la Soc. intern. de Prophylaxie sanitaire et morale*, 1901.

GAUCHER et CROUZON. — Des troubles de la nutrition dans la syphilis. Extr. : *Journ. de physiologie et de pathologie générale*, 1902.

Sur une néoplasie ulcéreuse de la région inguinale (espèce morbide nouvelle)

Par MM. E. BESNIER et H. HALLOPEAU.

Cette néoplasie présente des caractères tout à fait insolites et il nous a paru impossible d'en déterminer la nature en ne tenant compte que des phénomènes cliniques ; nous espérons que les études histologiques, bactériologiques et expérimentales que MM. Sabouraud et Darier ont bien voulu entreprendre à ce sujet vont juger la question, et nous faire savoir si nous avons affaire à une variété anormale d'un type déjà connu ou à une espèce morbide nouvelle.

Nous nous bornerons à rapporter l'histoire clinique de la malade et à indiquer quels sont les diagnostics entre lesquels on peut hésiter.

Virginie D..., âgée de 40 ans, entre, le 24 janvier 1902, au n° 8 de la salle Lugol.

Nous n'avons relevé dans ses antécédents aucun fait digne d'être noté; ses parents sont vivants et bien portants; elle a une sœur également en bon état de santé et, bien qu'elle ait perdu deux frères en bas âge, il ne semble pas qu'il y ait trace d'antécédents héréditaires.

L'affection qui l'amène à Saint-Louis a débuté dans le courant de l'année 1897; au mois de décembre 1896, on lui avait enlevé, au-dessus de l'aine droite, un bouton surmontant une saillie arrondie du volume, dit la malade, d'un œil de lapin; cette nodosité existait depuis un an; elle a été détruite par le thermocautère; la cicatrisation paraît avoir été complète.

C'est, au bout de six mois, dans la partie interne de cette cicatrice, que l'ulcération actuelle a débuté; elle s'est depuis lors étendue lentement, mais progressivement.

Cette femme est bien constituée; son état général est satisfaisant; il n'y a aucun signe d'affection viscérale.

L'altération occupe la partie moyenne de la région inguinale droite : elle s'étend au-dessus et au-dessous du pli, qui correspond à sa partie médiane; de forme irrégulièrement ovalaire, elle atteint transversalement une longueur de 12 centimètres et mesure verticalement 4 centimètres et demi; elle se termine, dans sa partie interne, par deux triangles curvilignes que sépare un intervalle de tissu cicatriciel, d'environ 3 centimètres et demi verticalement sur 2 et demi transversalement; la peau y est lisse et dépourvue d'orifices glandulaires; l'aire ulcérée est d'un rouge vif, surmontée de saillies végétantes arrondies dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis; elle est recouverte, dans une partie de son étendue, par des dépôts blanchâtres qui paraissent constitués surtout par des pommades accumulées et des détritus épidermiques ; dans son

ensemble, elle présente des vallonnements, se déprimant par places pour s'élever, en d'autres endroits, de plusieurs millimètres au-dessus des parties saines; on y voit quelques points hémorrhagiques; les contours de l'ulcération sont régulièrement dessinés; il n'y a pas de transition entre les parties malades et les parties saines, elles se continuent sans aucun intermédiaire; l'épiderme est nettement sectionné et c'est cette section qui forme la limite; la peau ambiante paraît tout à fait saine.

Les bords sont rectilignes, sauf à l'extrémité externe où ils deviennent serpigineux; c'est surtout de ce côté que la maladie paraît en voie d'extension.

La consistance est uniformément molle; il y a cependant des parties plus résistantes; les ganglions voisins ne sont pas tuméfiés.

La lésion devient, par instants, le siège de douleurs assez intenses pour arracher à la malade les plaintes les plus violentes; elle redevient ensuite presque complètement indolente.

Nous prescrivons d'abord l'application permanente de l'huile de vaseline iodoformée à 4 p. 30 avec addition d'un 100me de sulfonal, puis, les douleurs persistant, nous avons recours aux pulvérisations prolongées avec une décoction de pavot boriquée et aux applications de compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse au 300e; après avoir provoqué des douleurs qui se prolongent durant environ un quart d'heure, celles-ci sont bien tolérées. Sous l'influence de ces topiques, les enduits précédemment indiqués se détachent et la surface ulcérée devient uniformément d'un rouge vif.

L'ulcération est parfois le siège de douleurs spontanées des plus violentes. La malade pousse souvent des cris pendant l'examen.

La néoplasie paraît en voie d'extension du côté externe.

Elle a été soignée jusqu'ici, en province, par la poudre d'aristol, et l'emplâtre de Vigo.

11 février. — Il s'est produit rapidement une amélioration des plus évidentes : de nombreux îlots de cicatrisation se sont développés dans l'aire de l'ulcération; les uns sont isolés, la plupart sont groupés, ils occupent actuellement, dans leur ensemble, près de la moitié de la partie malade.

Il s'est également fait un travail de cicatrisation sur le rebord abdominal; il fait défaut du côté opposé; il est surtout avancé aux extrémités de l'ovale.

Les pansements au permanganate sont continués matin et soir; ils provoquent toujours une douleur vive mais pourtant tolérable, qui s'atténue au bout de dix minutes.

19 février. — Sur une partie du pourtour de la néoplasie, il s'est formé un tissu cicatriciel dans un rayon qui varie de 2 à 10 millimètres; de nombreux îlots cicatriciels continuent à se développer dans l'aire de l'ulcération qui se trouve maintenant presque partout bourgeonnante.

Il n'y a presque plus de points indurés, les parties cicatricielles sont plus résistantes que les bourgeons charnus.

Les élevures se sont affaissées, les dépressions se sont comblées, sauf le sillon médian qui existe encore sur une longueur de 2 centimètres.

4 mars. — L'amélioration a continué lentement; les parties déprimées

se sont exhaussées ; l'altération a maintenant l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus avec de nombreux îlots de tissu cicatriciel ; celui-ci fait encore défaut sur une partie du bord.

Nous le répétons, il nous paraît impossible d'arriver par la clinique seule à un diagnostic précis.

Il est cependant des hypothèses qu'elle est en mesure d'éliminer. On peut, en premier lieu, écarter l'idée d'une ulcération syphilitique ; le défaut de contours polycycliques, la marche constamment progressive depuis cinq ans sans trace de cicatrisation centrale, l'aspect du rebord qui n'est nullement taillé à pic sont autant de caractères d'une valeur décisive au point de vue négatif.

Il ne s'agit pas non plus d'un chancre phagédénique, car le détritus pathognomonique de cette altération fait complètement défaut. Aurait-on affaire à une tuberculose ? La rougeur vive du fond rappelle ce que l'on observe dans la forme décrite par Riehl et Paltauf ; il en est de même des petites saillies mamelonnées ; mais, l'absence complète de cicatrisation et la continuité directe avec la peau saine ne sont pas d'accord avec cette hypothèse.

On peut également repousser l'idée d'un épithélioma vulgaire en l'absence de rebords indurés. Par contre, il y a de frappantes analogies avec la maladie de Paget : tels sont le vallonnement de la surface, la continuité brusque avec la peau saine, les petites saillies mamelonnées, l'absence presque complète de cicatrisation ; le siège est-il un obstacle à ce diagnostic ?

Nous rappellerons qu'un moulage du musée de Saint-Louis porte cette étiquette, bien qu'il s'agisse d'une altération périnéale. C'est donc dans le sens de cette maladie ou d'une altération très voisine que nous aurions tendance à nous prononcer ; mais nous ne pouvons le faire que sous toutes réserves et nous laissons la parole pour conclure aux histologistes.

M. Darier. — Les préparations, faites par M. Sabouraud, que j'ai examinées, montrent des altérations extrêmement intéressantes. Tout d'abord, on remarque une prolifération épithéliale en surface, sans bourgeons gagnant la profondeur, sans saillies verruqueuses ; l'épiderme est donc épaissi en nappe. Dans les couches profondes de cet épiderme existent des cavités de forme irrégulière, résultant d'une dégénérescence, d'une fonte muqueuse des cellules malpighiennes. A un niveau plus élevé, on rencontre un certain nombre de cellules dégénérées, d'apparence encapsulée (corps ronds), et, plus haut encore, des corpuscules cornés arrondis et nucléés, mais en petit nombre.

En somme, les lésions sont celles d'une *dyskératose*, mais elles ne correspondent exactement ni au type de la maladie de Paget ni à celui de la psorospermose folliculaire végétante. C'est un type nouveau de dyskératose se rapprochant, comme les maladies que je viens de citer, des épithéliomes superficiels.

M. Besnier. — J'insiste sur l'utilité qu'il y a eu dans un cas de ce genre à pratiquer l'examen microscopique ; il aurait été absolument impossible de faire le diagnostic exact en se fondant sur les caractères cliniques.

Nous pouvons conclure de ces observations cliniques et anatomopathologiques, considérées dans leur ensemble, qu'il s'agit là d'une espèce morbide nouvelle, espèce morbide caractérisée, d'un côté par le développement d'une néoplasie ulcéreuse, à progression excentrique, avec développement de nodosités légèrement saillantes, et de dépressions produisant des vallonnements, des rebords remarquables par le passage sans intermédiaire de la peau malade à la peau saine, l'absence presque complète de cicatrisation spontanée, le défaut, le retentissement ganglionnaire, la production de douleurs violentes ; d'un autre côté, par une prolifération épithéliale avec dégénérescences cellulaires spéciales ; elle est justiciable d'un traitement topique par la solution de permanganate de potasse. Nous dirons ultérieurement quels auront été les résultats des examens bactériologiques ainsi que des inoculations aux animaux.

Sur un cas de lupus érythémateux anormal.

Par MM. Hallopeau et Bouchot.

L'un de nous a déjà présenté cette malade, avec M. Villaret, au mois de juillet dernier, comme étant probablement atteinte d'accidents de nature syphilitique : nous nous étions fondés particulièrement sur l'aspect nettement syphiloïde des cicatrices que cette femme porte au sommet de chacun des coudes ; or, depuis notre communication, des faits nouveaux se sont produits et nous ont amenés à admettre l'existence, chez cette malade, d'un lupus érythémateux ; en effet, la suite de son observation, recueillie depuis le 4 mars, peut être résumée ainsi qu'il suit :

Depuis la dernière note, l'état de la nommée M... s'est modifié à divers égards : sur le dos des mains, surtout à gauche, il s'est développé des plaques érythémateuses légèrement saillantes, en même temps qu'il est survenu des phénomènes d'asphyxie locale.

Ces plaques occupent surtout les faces dorsales des articulations phalangiennes ; leurs dimensions dépassent, pour certaines d'entre elles, celles d'une pièce de 50 centimes.

A leur niveau, la peau est un peu épaissie ; leur rougeur sombre s'efface sous la pression du doigt ; on voit, en outre, des taches irrégulièrement arrondies, également rouges, parsemées de dépressions punctiformes indurées, desquamées, d'aspect cicatriciel.

Sur la face palmaire, les altérations occupent au contraire la continuité des phalanges : c'est ainsi qu'au niveau de l'index on remarque plusieurs plaques, indurées, rouges, avec dépression centrale, rappelant certains éléments de lichen plan, mais plus étendues ; elles atteignent jusqu'à 4 millimètres de diamètre ; on note les mêmes altérations au niveau des

deux premières phalanges du médius, de la deuxième phalange de l'annulaire et de la troisième phalange du petit doigt.

Sur la paume de la main droite, au-dessous des plis articulaires des quatrième et cinquième doigts, on voit trois élevures papuleuses, déprimées dans leur centre, recouvertes de croûtelles; l'une d'elles est en forme de sillon : c'est un vestige de l'éruption signalée l'année dernière.

A la main gauche, on voit des plaques érythémateuses persistantes au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des deux premiers doigts et de la face dorsale de tous les doigts. Sur le bord latéral de la première phalange de l'index, on perçoit une induration considérable qui présente les dimensions d'une pièce de 20 centimes : elle est rouge, avec dépression cicatricielle.

L'apparition de ces altérations jette un jour nouveau sur la nature de la maladie; l'hypothèse d'un lupus érythémateux, que les cicatrices des coudes nous avaient primitivement conduits à écarter, se trouve ainsi confirmée.

Les autres altérations cutanées signalées (cicatrices agminées des coudes, larges plaques d'alopécie cicatricielle) sont vraisemblablement de même nature, bien que l'on puisse se demander si certaines d'entre elles ne seraient pas liées à une syphilis concomitante.

L'éruption papuleuse du tronc, qui offre tant d'analogie avec un lichen plan, est peut-être également de nature tuberculeuse; ses éléments sont en effet plus arrondis que ceux du lichen de Wilson; on n'y distingue pas d'orifices dilatés, sauf sur quelques-uns d'entre eux; ils occupent comme précédemment la partie centrale du tronc depuis le bas-ventre jusqu'aux seins sur lesquels ils sont disséminées; ils remontent en dessinant un triangle entre ces organes; leur maximum d'abondance est au-dessous des seins.

On y distingue une accentuation des plis de la peau; ils résistent au toucher et ne s'effacent qu'incomplètement sous la pression du doigt; leur coloration est d'un rouge pâle. Les membres inférieurs sont variqueux, exempts d'autres altérations.

Parmi les dermatoses multiples que nous venons de signaler chez cette malade, il en est qui appartiennent à coup sûr au lupus érythémateux : ce sont les placards cicatriciels du cuir chevelu et les lésions érythémateuses des mains. Pour ce qui est des autres, la question reste douteuse; il en est ainsi des cicatrices agminées, lenticulaires, taillées à l'emporte-pièce, des coudes, des papules avec croûtelles en forme de sillons de gale des paumes des mains, et des petites papules disséminées sur le tronc, qui simulent le lichen plan, mais doivent être plutôt rattachées au lichen scrofulosorum.

Il est vrai que presque toutes les papules des régions palmaires se sont effacées depuis que la malade est soumise à un traitement ioduré intensif et prolongé; mais l'on sait que les manifestations du lupus érythémateux, surtout lorsqu'elles affectent, comme ici, une marche subaiguë, sont susceptibles de rétrocéder spontanément : nous en avons publié un exemple des plus remarquables. Nous avons tendance à faire rentrer dans le cadre de cette maladie cette éruption papuleuse scabiéiforme, car on n'a jamais signalé d'éléments semblables dans la syphilis; il est vrai qu'ils n'appartiennent

pas non plus aux formes classiques de lupus érythémateux, mais la casuistique de cette maladie paraît singulièrement pauvre si on la compare à celle de la vérole et l'on conçoit plus facilement que diverses de ses manifestations possibles aient passé jusqu'ici inaperçues.

Cette malade nous paraît digne d'intéresser la Société par la complexité et le polymorphisme de ses affections cutanées et les problèmes difficiles de diagnostic qui s'y rattachent. C'est surtout, incontestablement, un de ces cas dans lesquels le lupus érythémateux se traduit simultanément par des manifestations d'aspect clinique très divers; il en est notamment ainsi des grands placards cicatriciels du cuir chevelu et des poussées érythémateuses des mains. La coïncidence avec l'éruption très probable de lichen scrofulosorum est un nouveau fait en faveur de la théorie qui considère cette dermatose comme une manifestation de la tuberculose.

Sur un nouveau cas de maladie de Darier. Séborrhéide végétante.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Quelle que soit l'interprétation pathogénique que l'on donne des dermatoses qui ont été qualifiées par Brocq et l'un de nous de *séborrhéides*, on ne peut nier qu'elles ne constituent un ensemble clinique tout particulier, un type morbide : leurs localisations au cuir chevelu, derrière les oreilles, au-devant du sternum, entre les épaules et dans les régions inguinales sous forme soit de taches rouges avec desquamation eczématiforme, soit de placards marginés, soit de folliculites, en constituent les manifestations les plus habituelles.

Dans une communication qui remonte à février 1894, l'un de nous a publié un fait dans lequel des altérations de cette nature sont devenues végétantes.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter en constitue un nouvel exemple qui peut être aussi rattaché à la maladie de Darier.

Ch..., âgé de 36 ans, manœuvre, entre salle Bazin, le 18 novembre 1902.

Il y a trois ans, le malade a remarqué l'apparition de petits éléments saillants au menton et à la partie sus-hyoïdienne du cou. Ces éléments, du volume d'une grosse tête d'épingle, étaient cachés dans les poils de la barbe. D'abord rosés et secs, ils furent plus tard le siège d'un suintement séro-purulent, qui, en se concrétant, donna lieu à la formation de croûtes jaunâtres. Le malade — à ce moment à Lyon — fut soigné à l'Antiquaille où on lui fit trois épilations suivies d'application de pointes de feu.

Amélioré par ce traitement, il reprit son travail et vint à Paris. Les lésions reparurent et c'est alors qu'il vint nous consulter à Saint-Louis.

État actuel. — On remarque que le menton est recouvert à peu près entièrement de ces saillies végétantes. Elles atteignent, en haut, le bord cutanéo-muqueux de la lèvre inférieure; elles se continuent sur les côtés sans toutefois empiéter sur les joues. Elles se prolongent sur la face inférieure du menton.

La lèvre supérieure est le siège d'une rougeur avec desquamation en fines croûtelles.

Les saillies végétantes sont arrondies; leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un grain de chènevis. Les plus volumineuses siègent sur la ligne médiane, au niveau de la pommette du menton Elles sont séparées par des sillons peu marqués. Il existe néanmoins deux ou trois fissures plus profondes à bords taillés à pic, à fond ulcéré. Une partie des éléments correspond aux orifices pilo-sébacés. Ils sont durs au toucher, et leur coloration est d'un rouge pâle. Ils sont recouverts de squames blanchâtres et de fines croûtelles. Le malade n'accuse aucun prurit. Les poils du menton sont en partie tombés; ceux qui persistent émergent pour la plupart entre les saillies végétantes, quelques-uns sont au sommet de ces dernières. Il n'y a plus le suintement qu'a signalé le malade, mais on voit encore quelques boutons en suppuration.

La région moyenne du crâne est dépourvue de cheveux; le cuir chevelu, garni seulement de poils follets, est le siège d'une fine desquamation; on y voit en outre des aspérités fines, nombreuses, légèrement pigmentées. Quelques-unes sont recouvertes de croûtelles. Elles existent aussi bien sur le milieu où il n'y a plus que des poils follets que sur les parties latérales encore recouvertes de cheveux. Beaucoup paraissent correspondre à des orifices pilo-sébacés. On trouve en outre de nombreux et volumineux grains comédoniens.

A la partie interne des tempes, on voit de petits kystes miliaires.

La conque de l'oreille gauche est le siège d'une fine desquamation épithéliale, sèche maintenant, mais qui, il y a quelques semaines, a été le siège d'un suintement avec production de croûtes. Dans les sillons rétro-auriculaires, on voit plusieurs éléments saillants; ce sont de petites papules arrondies, recouvertes d'une fine squame.

Les mêmes saillies que nous avons décrites au cuir chevelu se trouvent, isolées ou agminées, sur la partie médiane de la poitrine. Un certain nombre d'entre elles sont centrées d'un poil; d'autres présentent, à leur partie centrale, un comédon.

Des éléments semblables sont disséminés sur les parties latérales du tronc. On en voit aussi dans les régions inguinales et inguino-scrotales, ainsi qu'au pubis, en rapport avec les poils de ces régions. Quelques-uns présentent un point de suppuration à leur centre.

Enfin, les ongles des deux mains sont le siège de stries verticales et doublés d'une couche incomplètement kératinisée.

On voit que cette dermatose est surtout constituée par des saillies dures, arrondies, isolées ou conglomérées, correspondant à des

orifices pilo-sébacés; à diverses reprises, nombre d'entre elles ont suppuré ; il y a de plus d'innombrables comédons ; les cheveux sont grêles et en partie tombés.

Cet ensemble offre de frappantes analogies avec celui que l'un de nous a décrit antérieurement; les lésions suppuratives y ont été cependant moins abondantes et ne paraissent pas avoir envahi le cuir chevelu ; c'est, selon toute vraisemblance, en raison d'une prédisposition de nature indéterminée, de ce que l'on appelle une idiosyncrasie, que chez ce malade ces lésions séborrhéiques deviennent végétantes. D'autre part, l'examen histologique, pratiqué après biopsie par M. Sabouraud, a dénoté dans cette dermatose l'existence des lésions caractéristiques de la maladie de Darier; ce fait vient donc fournir un nouvel argument en faveur de la théorie qui localise principalement cette maladie dans les appareils pilo-sébacés. Il s'agit ici du premier stade de cette dermatose; les concrétions y sont encore peu épaisses et il ne s'est pas encore produit de saillies végétantes.

Les saillies sont remarquables, comme il est de règle en pareil cas, par leur persistance : des traitements prolongés par des compresses ou des pommades salicylées, des applications réitérées de compresses imprégnées de la solution au centième de permanganate de potasse en ont diminué le volume, mais elles sont encore très manifestes et je serais heureux d'avoir l'avis de mes collègues sur la médication qui leur paraît en pareil cas la mieux appropriée.

Sur une malformation crânienne.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Ce malade est surtout intéressant par l'aspect étrange que lui donne cette altération.

Anatole V..., âgé de vingt-neuf ans, entré salle Bazin pour un eczéma professionnel des mains, présente une saillie crânienne d'aspect tout à fait anormal et exceptionnel : tandis que le côté droit de la tête est normal, à gauche, le front et la région temporale forment une énorme saillie. Si l'on palpe cette saillie, on reconnaît qu'elle est due à une déformation du squelette; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une hyperostose occupant la partie écailleuse de l'os frontal dans sa portion gauche et la moitié antérieure de l'os pariétal correspondant.

Par le palper, on sent nettement que cette proéminence est régulière, arrondie, limitée par un sillon qui part en avant de l'arcade sourcilière gauche, à quatre centimètres de la ligne médiane, monte sur le frontal en se dirigeant légèrement en dehors, arrive environ à la portion moyenne de la région pariétale, s'y recourbe et descend pour se terminer derrière l'oreille.

La circonférence occipito-frontale mesure 61 centimètres; la circonférence sous-mento-bregmatique, 69 centimètres; la circonférence de la tête prise au-dessus des yeux mesure 59 centimètres; la demi-circonférence gauche, 34 centimètres; la demi-circonférence droite, 27 centimètres; le front, de la ligne médiane à la naissance des cheveux à droite, 11 centimètres; à gauche, 14 centimètres.

L'arcade sourcilière gauche s'étend transversalement sur une longueur plus considérable que la droite; les poils y sont raréfiés dans la partie externe; les cheveux sont clairsemés au niveau de la partie saillante du crâne; les orifices pilo-sébacés y sont dilatés et obstrués par de volumineux comédons.

Le malade est né d'une grossesse gémellaire à terme. L'autre enfant est vivant, bien portant, ne possède pas cette difformité. Les parents s'en sont aperçus alors qu'il avait cinq à six ans. Actuellement cet homme est marié, père de famille, et ses enfants ne présentent rien d'anormal. Il est intelligent et n'est atteint d'aucun trouble dans les fonctions encéphaliques.

On peut se demander s'il s'agit là d'une dilatation de la cavité crânienne ou d'une exostose? On ne concevrait pas bien dans la première hypothèse l'absence complète de troubles fonctionnels : qu'il s'agît d'un kyste ou d'une tumeur intracrânienne, l'altération initiale manifesterait à coup sûr son existence par les symptômes encéphaliques que l'on observe en pareils cas.

L'attitude du malade qui maintient toujours inconsciemment la tête inclinée légèrement sur l'épaule droite, confirme l'idée d'une masse osseuse augmentant le poids du côté gauche de la tête.

En dehors de cette attitude, les seuls phénomènes anormaux qui soient imputables à cette altération sont, d'une part, la raréfaction des cheveux au niveau de la saillie avec agrandissement des orifices pilo-sébacés et l'agrandissement de l'arcade sourcilière avec élongation de la bande de poils qui la recouvre, et éclaircissement de cette bande dans sa partie externe. Il nous a été impossible de déterminer quelle a pu être la cause prochaine de cette déformation.

L'examen radiographique, pratiqué à deux reprises, n'a fourni aucune donnée utile relativement à la nature de l'altération.

Chéloïdes spontanées multiples.

Par MM. Gaucher et Lacapère.

La rareté des chéloïdes spontanées et particulièrement des chéloïdes spontanées multiples, nous amène à présenter aujourd'hui à la Société un malade que nous avons examiné dernièrement à notre consultation de dermatologie de l'hôpital Saint-Antoine.

M. P..., âgé maintenant de cinquante-quatre ans, présente sur le corps une série de sept chéloïdes dont l'apparition remonte à l'âge de vingt-deux ans. Ces tumeurs ne gênent pas le malade, mais leur extension progressive lui a fait redouter qu'une nouvelle éclosion n'atteignît la figure ou les mains.

Chez ses ascendants le malade ne signale aucun accident de ce genre. Il est lui-même d'aspect robuste et ne présente aucun signe de lymphatisme.

Le premier souvenir que le malade ait conservé de son affection remonte à l'année 1870.

Étant en transpiration, il aurait alors pris un bain froid, suivi bientôt de l'apparition d'une série de petits néoplasmes cutanés. Quoi qu'on puisse penser de cette cause occasionnelle, nous retiendrons seulement que les tumeurs se montrèrent tout d'abord sous forme de petits tubercules rougeâtres très prurigineux, en particulier pendant la nuit.

Il est impossible au malade d'indiquer l'ordre d'apparition des différentes chéloïdes. Toutes ont pris naissance, nous dit-il, à peu près à la même époque, s'accroissant avec une rapidité plus ou moins grande, jusqu'à présenter les différences de volume que nous constatons aujourd'hui.

Aujourd'hui ces tumeurs, qui occupent le derme, et glissent facilement sur le tissu cellulaire sous-cutané sont, comme nous l'avons dit, au nombre de sept.

La plus volumineuse, située sur la région deltoïdienne droite, présente la forme d'un ovale très allongé dans l'axe du bras, de quatre ou cinq centimètres de long sur deux centimètres de large.

Les autres sont disposées irrégulièrement sur le thorax, deux en dehors du mamelon droit, l'autre en bas et en dehors du mamelon gauche; les trois dernières sont placées en triangle sur la région épigastrique.

Elles ont une forme allongée, ovalaire, régulière et ne présentent pas les prolongements latéraux qu'on rencontre presque toujours dans les cas de chéloïdes cicatricielles.

Elles ont une coloration rouge sombre, presque brune, une consistance élastique et deviennent turgescentes si on les malaxe.

A leur surface, l'épiderme est légèrement plissé ; mais les poils sont conservés et les orifices des glandes sébacées persistent.

Indolentes la plupart du temps, elles sont quelquefois le siège d'un prurit assez vif, en particulier à l'approche de la nuit.

Leur marche a été jusqu'à ce jour absolument torpide. Elles se sont accrues d'une façon progressive et insensible, sans jamais présenter de phénomènes d'inflammation ou d'ulcération. Quelquefois cependant les démangeaisons dont elles étaient le siège ont poussé le malade à se gratter et à produire ainsi de petites excoriations, mais celles-ci ont toujours guéri avec rapidité.

Il n'existe aucune adénopathie.

Il nous faut signaler la présence d'un certain nombre de boutons d'acné irrégulièrement disséminés sur le dos et la poitrine, et un peu de couperose siégeant sur le nez et les joues.

L'état général est excellent et le malade n'est amené, comme nous l'avons dit, que par la crainte de voir de nouvelles chéloïdes se produire sur les par-

ties découvertes. Cependant, en raison de l'accroissement des tumeurs, nous avons conseillé au malade de revenir régulièrement à la consultation de dermatologie pour se faire traiter.

Rejetant l'ablation chirurgicale, toujours suivie de récidive, et la cautérisation ignée qui paraît dans bien des cas donner un coup de fouet à la lésion, nous avons conseillé les scarifications linéaires quadrillées dont nous avons maintes fois déjà constaté les bons effets.

Lupus érythémateux de la face et angiodermite tuberculeuse des mains.

Par MM. Leredde et Pautrier.

Le polymorphisme des manifestations cutanées tuberculeuses s'accuse tous les jours davantage, et le cadre des tuberculides s'est déjà accru de types nombreux. La tuberculose tend ainsi à nous apparaître comme une affection aussi multiforme au point de vue cutané que la syphilis.

Nous présentons aujourd'hui à la Société de Dermatologie une malade atteinte d'un lupus érythémateux typique du visage, et de lésions des mains qui se rapprochent du lupus érythémateux sans correspondre exactement aux types classiques de cette affection, et des plus intéressantes au point de vue microscopique.

Voici le résumé de l'observation de cette malade :

Mad. Le P..., 34 ans, se présente à nous en juillet dernier pour un lupus érythémateux datant de neuf ans. Elle a été déjà traitée pendant plusieurs mois par des scarifications et même par des galvanocautérisations. Ces traitements énergiques n'ont pas empêché le lupus de s'étendre.

État du visage. — Lorsque nous observâmes la malade pour la première fois, la face présentait un vaste placard central de lupus érythémateux occupant le nez dans son ensemble ; la totalité de l'organe est déjà envahie depuis quatre ans. Les lésions y sont d'un rouge brique, absolument planes, sans tendance atrophique, avec réactions épidermiques formant par places un enduit squameux assez adhérent. A la loupe, on distingue quelques télangiectasies ; à la lame de verre, on voit quelques rares macules d'un rouge jaunâtre persistant à la pression, n'ayant pas tout à fait l'aspect de lupomes, sans mollesse à la piqûre. Au doigt, on a la sensation d'une infiltration très profonde. L'indolence est absolue, spontanément et à la pression.

Dans les deux replis naso-géniens, et empiétant sur les deux joues, on trouve deux placards se confondant avec le placard central qui recouvre le nez, le tout dessinant ainsi le papillon classique. Les lésions des joues ne datent que d'un an et sont beaucoup plus superficielles que celles du nez. La couleur est également rouge brique, mais on ne distingue pas de télangiectasies. On ne trouve plus de squames lamelleuses, mais un enduit granité, très fin, très adhérent à la peau, donnant au doigt une impression

râpeuse. Au toucher, l'infiltration paraît superficielle ; le tissu est resté souple et se laisse plisser facilement.

État des mains. — Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois en été, ses mains ne présentaient rien de particulier à signaler. Mais lorsque nous la revîmes au début de l'hiver, nous eûmes la surprise de constater que les mains présentaient les très curieuses lésions dont voici la description : sur la face dorsale des doigts des deux côtés, on trouve des plaques de couleur rouge sombre ardent ; ces plaques sont allongées dans le sens de l'axe des doigts et recouvrent presque la totalité des phalanges. Elles font une saillie assez accusée. Sous une forte pression la rougeur disparaît par places, pour se reformer aussitôt ; sur certains points elle persiste. Du reste cette couleur rouge ardent diffère sensiblement de la coloration violacée de l'asphyxie des extrémités ou des engelures. Certaines des plaques sont ulcérées très superficiellement ; le pourtour de l'ulcération est formé par un mince liséré épidermique, sec, décollé, et l'ulcération elle-même est recouverte d'un enduit croûteux assez mince.

Sur la face dorsale des deux mains, on trouve des lésions n'occupant que leur moitié supérieure ; elles sont formées à ce niveau par des éléments arrondis, tantôt isolés, tantôt confluents ; leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de cinquante centimes, avec tous les intermédiaires. Elles présentent la même coloration ardente que les lésions des doigts ; certaines sont entourées à leur périphérie d'une étroite aréole inflammatoire. Elles forment une très légère saillie à la surface de la peau. On ne note pas d'altérations épidermiques à leur niveau. On a simplement au toucher une impression de peau sèche et rugueuse. L'infiltration est très modérée ; aucun des éléments ne s'enfonce dans l'hypoderme ; ils paraissent s'étendre surtout en surface.

Le reste des mains présente une coloration et un aspect normaux.

La malade, interrogée, déclare qu'elle présente des lésions semblables tous les hivers, qui s'atténuent au point de disparaître presque complètement l'été pour recommencer périodiquement l'hiver suivant.

Elle n'a jamais eu d'engelures aux pieds ni aux oreilles.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, en bonne santé ; deux sœurs bien portantes ; on ne retrouve pas d'antécédents tuberculeux héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade déclare n'avoir jamais été malade ; elle n'a jamais eu d'affection des voies respiratoires. Mais, de huit à quinze ans, elle a présenté toute une série de ganglions cervicaux suppurés. Elle est actuellement couverte dans toute la région sous-maxillaire et rétro-maxillaire, des deux côtés, de nombreuses cicatrices irrégulières. Actuellement encore elle présente, à gauche, un ganglion sous-maxillaire volumineux.

Dans ces conditions il était intéressant de procéder à un examen histologique. Nous avons donc fait une biopsie, qui a porté à cheval sur la peau d'aspect normal et sur un élément érythémateux des mains.

Examen histologique. — Sur la partie de la biopsie qui a intéressé la peau saine en apparence, on constate à un faible grossissement un épaississement général du corps muqueux et de la couche cornée. La couche granu-

leuse intermédiaire est épaisse; le dessin des papilles est irrégulier; en certains points elles disparaissent; celles qui persistent sont toujours volumineuses, tuméfiées, avec des vaisseaux très apparents.

Ce qui frappe à première vue dans le derme c'est la dilatation universelle des vaisseaux sanguins, surtout marquée au niveau du réseau sous-papillaire, où l'on aperçoit d'énormes cavités et de véritables lacs sanguins. Dans la profondeur, les veines principales forment également des cavités considérables.

A un fort grossissement, le tissu conjonctif paraît un peu altéré; ses faisceaux se dissocient en faisceaux secondaires moins volumineux et plus onduleux que d'habitude. Il n'y a pas d'infiltration cellulaire abondante; cependant elle apparaît peu à peu dans le plan sous-papillaire, dans une zone qui forme transition entre la peau normale et la région macroscopiquement malade.

Les vaisseaux dilatés du plan sous-papillaire présentent une tuméfaction et une prolifération évidente de leur endothélium; autour d'eux les cellules fixes sont également proliférées; enfin, en certains points, on voit apparaître également autour des vaisseaux des noyaux de petit volume, très colorables, paraissant appartenir à des lymphocytes.

Dans la profondeur, et jusque dans l'hypoderme même, les vaisseaux sont remarquables par les lésions considérables de leurs parois. La plupart des veines présentent une endophlébite extrêmement prononcée; leur tunique interne est formée de fibres connectives parallèles, entre lesquelles on trouve des noyaux plats assez abondants. Des artérioles offrent de l'endartérite typique, avec un calibre considérablement rétréci.

Ces lésions se retrouvent dans les vaisseaux qui unissent le plan sous-papillaire au plan profond, et qui forment des travées longues et épaisses.

Dans la région érythémateuse, les lésions occupent surtout la partie superficielle du derme, mais sur une couche épaisse.

L'épiderme est altéré; le corps muqueux est aminci; par contre, on trouve une hyperkératose importante et universelle. En certains points l'amincissement du corps muqueux est tel qu'il semble près de s'ulcérer. Nous avons vu du reste dans la description clinique que les lésions s'ulcéraient de temps en temps.

Quelques cônes interpapillaires forment des cylindres extrêmement minces et déliés, s'étendant assez profondément dans le derme. — Sur une coupe, on constate une masse épithéliale profonde formée de cellules malpighiennes, contenant au centre de la substance cornée. Il s'agit sans doute d'une involution du tissu épithélial, à la suite d'une ulcération.

La partie supérieure du derme est envahie par une infiltration formée d'éléments très nombreux, régulièrement répartis, à peine plus nombreux au voisinage des vaisseaux, modérément tassés les uns contre les autres. Ces éléments ont tous ou presque tous le caractère de lymphocytes; il n'y a pas de plasmazellen. Le tissu intermédiaire est émietté, forme des fibres minces; en certains points il semble presque qu'il y ait une réticulation indiquée.

On trouve en outre des cellules ayant les caractères de cellules fixes autour des vaisseaux qui sont un peu moins dilatés que dans la région que nous avons déjà étudiée.

Dans la profondeur on trouve les mêmes lésions vasculaires que celles déjà décrites dans les couches profondes de la peau, d'aspect normal, et une infiltration lymphocytique périvasculaire. Ces lésions existent jusque dans le tissu adipeux.

Les glandes sudoripares sont isolées les unes des autres par un tissu œdémateux; les cellules fixes paraissent proliférées dans leur intervalle. Nulle part on n'observe de mastzellen.

Ajoutons enfin que la recherche des bacilles dans les coupes et l'inoculation intra-péritonéale au cobaye n'ont donné aucun résultat.

En l'absence de lésions de la face, le diagnostic de ces lésions serait assez difficile; cependant, l'existence d'adénopathies cervicales suppurées, la persistance des lésions permettraient de penser à l'origine tuberculeuse de l'éruption, et on serait amené à porter le diagnostic de lupus érythémateux des mains, anormal du reste, remarquable par la périodicité hivernale, et la disparition de toute altération visible en été, l'absence d'atrophie de surface et d'hyperkératose qui existent dans le lupus érythémateux fixe, les ulcérations de la surface. Parmi les variétés du lupus de Cazenave, notre cas se rapproche surtout du type congestif aberrant. Nous ne croyons pas cependant que des ulcérations aient été signalées dans cette forme.

En dehors des considérations cliniques, notre observation est intéressante au point de vue histologique. Les lésions du lupus érythémateux aberrant sont à peine étudiées jusqu'ici; nous ne pouvons comparer les lésions microscopiques de notre cas à celles d'une forme typique observée sur la face.

L'étude microscopique démontre l'existence d'altérations très simples, remarquables par la prédominance des altérations vasculaires excessives en quelques points. D'où le titre d'*angiodermite tuberculeuse* des mains que nous avons donné à notre observation. Il est très important, à notre point de vue, de constater l'existence d'artérite et de phlébite dans un cas de cet ordre, qui se rapproche du lupus érythémateux aberrant, si même il ne peut y rentrer tout à fait.

L'un de nous (Leredde) a déjà appliqué ce terme d'angiodermite à la série des tuberculides. Dans un travail écrit avec MM. Tenneson et Martinet, il a montré que les lésions décrites par Brocq (folliculites disséminées symétriques des parties glabres), Barthélemy (acnitis et folliclis), Pollitzer (idradénite destructive suppurative), Dubreuilh (idrosadénite suppurative disséminée), Unna (spiradénite suppurative disséminée), n'étaient ni des idrosadénites, ni des folliculites, mais des lésions inflammatoires et nécrotiques d'origine vasculaire, et que les altérations considérables des vaisseaux consti-

tuaient le fait histologique essentiel (1). Il a montré ensuite leur importance dans l'érythème induré de Bazin (2), et enfin dans l'angiokératome de Mibelli, qu'il a rattaché aux tuberculides (3). Enfin dans un travail d'ensemble de la question des tuberculides (4), il insistait sur l'existence des lésions des vaisseaux dans le lupus érythémateux vulgaire ; elles sont considérables dans le lupus érythémateux aigu (Fr. Koch). Il admettait que ces lésions vasculaires peuvent être considérées comme un élément nécessaire des tuberculides et proposait de les désigner sous le nom d'*angiodermites toxituberculeuses.* La théorie toxique étant contestée aujourd'hui, et contestable du reste, le nom d'angiodermites tuberculeuses, qui ne spécifie pas le mode pathologique mais seulement l'origine, est préférable.

Un travail récent de Philippson (5) a attiré de nouveau l'attention sur les lésions vasculaires des tuberculides. Le titre qu'il a donné à son observation : *phlébite nodulaire nécrotique*, peut s'appliquer à un cas isolé, mais non à un ensemble de faits où l'artérite existe en même temps que la phlébite, comme dans tous ceux que nous avons énumérés plus haut et celui que nous publions aujourd'hui. Le nécrose, qui existe dans certains types, s'explique mieux par les lésions artérielles que par les lésions veineuses. Il faut remarquer que dans son travail, Philippson ne parle aucunement de l'état des artères de la peau.

M. L. Jacquet. — Je désire savoir si M. Leredde a constaté chez sa malade, ou dans sa famille, des stigmates de tuberculose pulmonaire.

M. Leredde. — L'enquête familiale n'a rien révélé, mais j'ai noté dans l'observation des adénopathies tuberculeuses multiples.

M. L. Jacquet. — Voici quel était le mobile de ma demande :

On sait, par M. E. Besnier surtout, qu'il y a très fréquemment chez les malades atteints de lupus érythémateux et dans leur famille, des signes de tuberculose pulmonaire. D'autre part, rien jusqu'ici n'a prouvé que cette dermatose soit elle-même tuberculeuse *en nature*.

La raison de ce paradoxe apparent est, d'après moi, dans ce fait que cette variété de lupus est probablement une lésion trophique, due à l'altération lente des ganglions cervicaux inférieurs et des premiers ganglions de la chaîne sympathique, par le processus *lent* de la tuberculose pleurale chronique.

(1) Tenneson, Leredde et Martinet. Sur un granulome innominé. *Annales de Derm.*,

(2) Leredde. Tuberculides nodulaires des membres inférieurs. *Annales de Derm.*, 1898.

(3) Leredde et Milian. Tuberculides angiomateuses des membres inférieurs. *Annnales de Derm.*, 1899.

(4) Leredde. Les tuberculides. *Semaine médicale*, 3 janvier 1900.

(5) Philippson, *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1901, Bd V, Heft 2.

J'ai été conduit à cette conception — que je vous invite, messieurs, à contrôler, — par les faits suivants :

1° J'ai déjà plusieurs observations de lupus érythémateux avec signes cliniques de tuberculose fibroïde, évoluant *depuis le jeune âge.*

2° Dans un cas d'érythème érysipéloïde, ayant à la face la localisation du *vespertilio*, j'ai prévu, et *trouvé*, à l'autopsie, une sclérose pleurale, double, englobant les premiers ganglions de la chaîne sympathique des deux côtés.

3° Dans un cas d'hémiatrophie faciale *droite*, avec éphidrose *gauche*, et début de lupus érythémateux, j'ai annoncé et *trouvé* à l'autopsie la sclérose pleurale double, très ancienne à *droite*, et atteignant au sommet de la plèvre 1 centimètre et demi d'épaisseur ; molle, filamenteuse et récente à *gauche*. Les ganglions sympathiques *droits* étaient englobés dans le tissu fibreux, et ne pouvaient manquer d'être très altérés.

M. Lenglet, à qui j'ai communiqué ces faits, a, de son côté, eu l'occasion de faire une autopsie qui semble confirmative.

Cette *hypothèse* mérite donc d'être étudiée.

M. Leredde. — Je ne suis absolument pas d'accord avec M. Jacquet sur ce point et je crois que ses théories sont des théories réactionnaires, si on veut me permettre cette expression. Est-ce que la présence de cellules géantes qu'on trouve assez souvent dans le lupus érythémateux s'explique par les lésions nerveuses ? D'autre part, la maladie fait partie d'une série morbide à laquelle appartiennent l'érythème induré, l'acnitis, les folliclis, d'autres maladies encore, et toutes ces affections s'accompagnent de lésions inflammatoires qu'on ne peut expliquer sans admettre une réaction de cause locale. Une théorie sur les tuberculides doit s'appliquer à toutes les variétés du groupe naturel qu'elles forment.

Dans un travail sur le rôle du système nerveux dans les dermatoses, j'ai du reste indiqué que si dans certains cas les lésions cutanées dépendent du système nerveux, dans d'autres les lésions du système nerveux dépendent de celles de la peau ; enfin que dans la plupart des cas, les unes et les autres sont simplement coexistantes et dépendent simplement d'une cause commune (1). On peut bien interpréter ainsi les faits qu'a observés M. Jacquet.

M. L. Jacquet. — Il m'est indifférent que M. Leredde juge ma théorie « *réactionnaire* »; mais il m'importe de savoir si elle est d'accord avec les faits, et j'invite mes collègues à la vérifier.

Guérison d'un cas de tabes par les injections de calomel.

Par M. Leredde.

L'observation que j'apporte aujourd'hui à la Société de Dermatologie est la suite de ma communication de la dernière séance sur les affections classées à tort sous le nom de parasyphilitiques; elle me

(1) Lerrede. Le rôle du système nerveux dans les dermatoses. *Arch. gén. de médecine*, 1899. — Die Rolle des Nervensystems in den Hautkrankheiten. *Monatshefte f. prak. Derm.*, 1900.

permettra d'insister sur l'intérêt de cette question ; du reste, elle ne peut être discutée utilement qu'à l'aide de faits particuliers et en faisant porter la discussion sur des points extrêmement limités.

Novembre 1899. — M. X..., 43 ans, vient me consulter pour des accidents nerveux, qu'il attribue à une syphilis de date récente. Le malade déclare avoir eu un chancre induré de la verge en juillet 1897 ; à la suite, le médecin qui l'a soigné a observé une roséole et des plaques muqueuses. Celles-ci se sont reproduites à plusieurs reprises depuis. Pas d'autres accidents. Le traitement classique par les pilules de protoiodure a été fait sans grande régularité.

Le malade depuis un mois environ présente de la paresse vésicale ; en outre, il se plaint de quelques troubles visuels, de fatigue de la vue, et a parfois quelque peine à distinguer exactement la forme des objets.

En l'examinant complètement, je constate l'existence d'une mydriase double; l'accommodation se fait avec lenteur; le réflexe à la lumière est conservé. Réflexes rotuliens normaux. Il n'y a pas eu de céphalée, de vertiges, d'accidents cérébraux autres que les troubles de la vue.

En poussant plus loin l'examen, je constate l'existence d'une tachycardie prononcée : le pouls bat en moyenne à 120.

Je commençai immédiatement le traitement mercuriel, par des injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose quotidienne d'un centigramme. Au bout d'une quinzaine de jours, les injections intraveineuses furent remplacées par des injections intramusculaires, à la même dose. Le malade fut ainsi soigné pendant un mois et demi. A la fin du traitement les symptômes visuels s'étaient amendés, l'accommodation se faisait d'une manière presque normale.

Pendant deux mois il n'y eut pas de traitement.

En mars et en avril, traitement de six semaines par injections solubles de cyanure à la dose d'un centigramme, puis période de traitement d'un mois par l'iodure de potassium (4 grammes par jour).

Juillet-août 1900. — Six semaines de traitement par le cyanure de mercure. La tachycardie s'est modérée, quelques troubles vésicaux persistent encore.

Tout traitement fut cessé pendant deux mois. Mais à la fin d'octobre le malade vint me revoir; il présentait à ce moment de la diplopie, et de nouveau de la paresse de l'accommodation. Enfin je notai un peu d'atrophie musculaire de l'éminence thénar droite. Pas de douleurs, pas de signe d'Argyll Robertson. Réflexes normaux ; tachycardie 120.

Je repris le traitement mercuriel par les injections de calomel à 0,10. Six injections furent faites en six semaines.

Le traitement fut encore repris en février 1901. Depuis cette époque il a été réglé ainsi : six injections de calomel de 0,10 pendant six semaines, six semaines de repos, puis reprise du traitement. De temps en temps le malade a suivi le traitement iodopotassique (4 grammes par jour pendant un mois).

Les injections de calomel ont toujours provoqué pendant deux ou trois jours de la courbature, et de la fièvre, mais jamais elles n'ont amené de stomatite ni d'autres accidents sérieux; jamais les douleurs qu'elles

ont provoquées n'ont été suffisantes pour forcer le malade au repos.

J'ai revu le malade il y a un mois. A ce moment l'état était tout à fait satisfaisant; l'atrophie musculaire avait disparu, la paresse vésicale était très peu marquée, cependant il existait toujours une tachycardie modérée (100) et de la diplopie.

Ce qui me paraît important dans une observation de ce genre, c'est l'arrêt par le traitement antisyphilitique de l'évolution progressive d'un syndrome morbide, caractérisé par des accidents disséminés, très graves, et qu'on ne peut rattacher à aucun autre diagnostic, je crois, qu'à un tabes au début. Il n'est pas douteux pour moi que le malade n'ait été un préataxique. J'ai tout lieu de penser, après l'avoir soigné pendant deux ans et demi, que la maladie est complètement arrêtée; depuis dix-huit mois aucun symptôme nouveau n'est apparu. On peut déjà parler de guérison. Bien entendu, le malade garde quelques reliquats de l'infection cérébro-spinale; on pourrait critiquer le titre de l'observation, et préférer le titre : arrêt d'un cas de tabes par le traitement mercuriel. Mais est-ce que lorsque nous faisons disparaître une gomme de la peau, nous ne parlons pas de guérison ? et cependant elle laisse une cicatrice.

Des observations de guérison du tabes par le traitement antisyphilitique ont déjà été publiées. Dans son livre sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (1882), M. Fournier en cite un certain nombre; les plus remarquables sont dues à Rumpf, Spillmann, Tenneson, Hammond. Il admet lui-même l'influence considérable du traitement antisyphilitique sur l'évolution et l'ataxie. Si dans l'ataxie constituée il donne des résultats négatifs, encore peut-il faire disparaître certains symptômes tels que les douleurs fulgurantes; dans le tabes récent, il peut amener l'amélioration, l'amendement de nombreux symptômes, sans arrêter la marche progressive de la maladie; il peut amener la guérison presque complète, parfois même définitive; enfin, il peut immobiliser la maladie.

M. Fournier ajoute qu'il croit à l'influence curative du traitement dans le tabes naissant. Mais, dit-il, les matériaux manquent parce que, dans les cas où on guérit le malade, on ne peut en général affirmer qu'il s'agissait d'un tabétique, les symptômes étant trop incomplets. C'est ainsi que chez les malades atteints de symptômes oculaires qu'il a eu à soigner et qu'il a pu suivre, M. Fournier n'a jamais observé dans la suite le développement du tabes; on sait cependant combien les symptômes oculaires marquent souvent le début de l'ataxie.

Dans une revue critique consacrée au livre de M. Fournier (*Gazette médicale de Paris*, 1882, p. 434), M. A. Robin rapportait l'observation extrêmement remarquable d'un malade qui avait eu la syphilis en 1872 et chez lequel Gubler avait diagnostiqué un tabes en 1876 (douleurs gastriques, douleurs en cuirasse, uréthralgie, troubles de la miction, diplopie, pas d'incoordination). Ce malade

fut traité pendant six mois par les frictions mercurielles avec des périodes de repos mensuelles de huit à dix jours et l'iodure à la dose de 3 grammes. En 1882, le malade revu par M. Robin ne présentait plus aucun accident.

Il serait facile de rassembler d'autres faits du même ordre, moins concluants en particulier, mais importants par leur réunion. Pour ma part, j'ai déjà interrogé plusieurs de nos collègues sur la question des affections dites parasyphilitiques et en particulier sur la question si importante, capitale même, de l'effet du traitement antisyphilitique dans le tabes. Tous m'ont dit avoir vu des tabétiques guéris par le traitement. Je voudrais que chacun de nos collègues apporte ici ses observations si incomplètes soient-elles : de la masse des documents, la lumière pourrait sortir, et un progrès pourrait être réalisé sur un point de pratique médicale essentiel.

Il est assez surprenant que dans son travail sur les affections parasyphilitiques, M. Fournier soit beaucoup moins affirmatif au point de vue de l'efficacité du traitement antisyphilitique dans le tabes qu'il ne l'était en 1882. Est-ce la suite d'une expérience personnelle plus longue, qui peu à peu l'aurait amené à modifier ses convictions premières ? Il semble que M. Fournier, qui a eu le grand mérite de mettre en lumière l'origine syphilitique du tabes, n'ait pas tiré de cette découverte toutes les conséquences pratiques qui auraient dû en sortir. Quant à la conception des affections parasyphilitiques, elle me paraît avoir eu un effet extrêmement fâcheux, celui d'éloigner de nombreux médecins du seul traitement curatif que nous ayons dans le tabes et sans doute dans les autres syphilides tertiaires atypiques. Pour ma part, je dois dire que pendant mon internat et depuis, je n'ai jamais vu traiter à l'hôpital des ataxiques, même au début, d'une manière réellement active, et que toujours j'ai vu le traitement mercuriel manié sans énergie et, je dois le dire, sans conviction.

M. Hallopeau. — Je sais grand gré à M. Leredde d'avoir soulevé cette question et appelé l'attention de la Société sur les difficultés que présente l'interprétation pathogénique du *tabes* syphilitique.

Si, en effet, l'existence de cette manifestation de la vérole a été mise en évidence avec surabondance de preuves par M. A. Fournier dans la série de publications qu'il a consacrées à cette importante question depuis 1875, et, tout récemment encore, dans sa belle et convaincante leçon inaugurale de cette année scolaire, son mode de production reste encore dans l'obscurité. Sans doute, l'observation clinique démontre l'exactitude de cette proposition de M. Fournier : *le tabes est d'origine, non de nature syphilitique*, et c'est pour cette raison qu'il le considère comme parasyphilitique ; mais on n'est pas arrivé jusqu'ici à déterminer comment la syphilis devient le point de départ des altérations complexes et si étendues qui appartiennent à cette

maladie : *comment la syphilis agit-elle sur le tabes? Nescimus*, disait Voigt en 1900.

Il est cependant, comme nous allons essayer de l'établir, une hypothèse qui vient tout naturellement à l'esprit et qui donne une explication satisfaisante des faits; elle peut être formulée ainsi qu'il suit : les dégénérations secondaires, de localisation spéciale, qui constituent les altérations propres du tabes ont pour point de départ des néoplasies syphilitiques des centres trophiques des parties atteintes; ces centres peuvent être : 1° les ganglions spinaux interessés, soit primitivement, soit par l'intermédiaire de la queue de cheval; 2° les ganglions encéphaliques, pour les parties correspondantes des neurones centripètes (la rétine peut être considérée comme un de ces ganglions); 3° les ganglions sympathiques, et 4° sans doute enfin, conformément à une hypothèse de M. Marie, les ganglions périphériques. Nous avons le regret de nous trouver, par cette proposition, en désaccord avec M. Leredde qui considère, dans leur ensemble, les lésions médullaires du tabes comme des syphilomes; je ne puis concevoir, en effet, comment des néoplasies de cette nature, consistant, d'après ce qu'on observe dans toutes les parties accessibles aux investigations, en des nodules qui s'accroissent et se multiplient excentriquement par l'intermédiaire du tissu conjonctif ou des lymphatiques, iraient ainsi se localiser dans un même ordre de faisceaux suivant toute la hauteur de l'axe. Nous avons formulé l'un des premiers, en 1876, en nous fondant sur cette systématisation, la théorie dite par M. Marie *exogène* du tabes, théorie qu'il a remarquablement exposée et défendue dans son bel article du *Traité de médecine*; suivant elle, toute dégénération systématique des fibres nerveuses survient secondairement soit à la section de ces fibres, soit à l'altération de leur centre trophique. Plus récemment, Mœbius a exprimé une manière de voir analogue en disant : l'altération médullaire de la syphilis n'est pas une néoplasie syphilitique, mais une dégénérescence parenchymateuse, une atrophie centripète des neurones de sensibilité, suivie de sclérose. Les altérations ganglionnaires initiales peuvent d'ailleurs être multiples : il est au moins très vraisemblable que, chez certains sujets, le tissu nerveux constitue un milieu favorable pour le développement des syphilomes comme il en est, chez d'autres sujets, du tissu osseux.

Si notre manière de voir est exacte, elle vient confirmer en tous points celle qu'a exprimée M. Fournier en disant : le tabes est d'origine, non de nature syphilitique, et il doit être maintenu parmi les parasyphilides.

On s'explique de même, avec cette interprétation, les échecs des médications spécifiques chaque fois que la maladie est ancienne et la possibilité de succès dans les cas récents : c'est seulement aux néoplasies localisées dans les ganglions ou les nerfs centripètes qu'une médication active peut être opposée ; les spécifiques deviennent nécessairement impuissants contre les dégénérations secondaires.

Comme conséquence pratique, il est essentiel que le médecin avertisse tous ses syphilitiques de la possibilité de pareils accidents, qu'il les éclaire sur la nature des phénomènes initiaux si bien étudiés par M. Fournier dans ses magistrales leçons sur les phénomènes préataxiques du tabes et qu'il les convainque de la nécessité d'instituer, dès que ces phénomènes précurseurs

commencent à se manifester, un traitement spécifique des plus énergiques.

On m'objectera que, dans les autopsies minutieusement faites, on n'a pas trouvé jusqu'ici de trace de syphilomes dans ces ganglions des racines ; mais, il faut bien reconnaître que la maladie est de longue durée, que l'autopsie ne peut généralement être faite que vingt ou trente ans après le début des accidents, que les néoplasies syphilitiques initiales ne doivent plus alors être représentées que par des îlots de tissu cicatriciel dont les dimensions peuvent être des plus minimes et échapper ainsi à un examen des plus attentifs : trouverait-on dans la peau trace de syphilides papulo-tuberculeuses effacées depuis de longues années?

En résumé, *nous considérons le tabes comme lié selon toute vraisemblance à la localisation de néoplasies spécifiques, probablement sous la forme de petites gommes ou d'artérites circonscrites, dans le système nerveux centripète et plus particulièrement dans les ganglions spinaux ou encéphaliques et à une dégénérescence secondaire avec sclérose consécutive des neurones de sensibilité; cette interprétation explique tous les phénomènes observés et peut seule les expliquer.*

M. Leredde. — Je ne veux pas entrer dans une discussion toute théorique. Je sais bien qu'il ne peut y avoir de lésion du système nerveux sans dégénérescences secondaires; il en est ainsi dans la syphilis cérébrale typique comme dans le tabes lui-même. Mais ce que j'ai dit reste : c'est que le tabes peut être considéré comme de nature syphilitique. Si cette théorie est admise, on verra se multiplier les cas d'amélioration et de guérison; l'expérience thérapeutique décidera entre M. Hallopeau et moi.

M. Moty. — Pour répondre à l'appel de M. Leredde, je citerai un cas de tabes bien caractérisé sur un officier d'administration du génie, syphilitique depuis quelques années; le malade, âgé d'environ quarante-cinq ans, fut réformé.

Mais je le conservai pendant plusieurs mois en traitement après sa réforme, il fut soumis à l'action de l'iodure de potassium à doses progressives montant de 4 à 12 grammes et brusquement arrêtées une fois cette dose atteinte.

Les crises laryngées et la difficulté de la marche diminuèrent assez rapidement, les douleurs fulgurantes disparurent complètement et, quand je rencontrai mon malade deux ans après, il me déclara qu'il avait retrouvé toute sa puissance sexuelle depuis un an. Je l'ai perdu de vue un an après.

C'est le seul cas où j'aie obtenu des résultats satisfaisants de ce mode de traitement.

M. Vérité. — J'ai souvent entendu affirmer qu'il est facile de comprendre qu'une maladie peut être d'origine syphilitique sans être de nature syphilitique. Pour ma part, je n'ai jamais compris cette distinction. Elle est artificielle, inexacte et repose sur une erreur nosologique. Comme M. Leredde, j'admets que des maladies comme le tabes sont purement et simplement des affections syphilitiques.

M. Fournier. — Je ne puis que savoir gré à M. Leredde de vouloir accentuer, plus que je ne l'ai fait, les relations qui rattachent le tabes à la syphilis. Je n'avais considéré le tabes qu'au titre d'une affection parasyphilitique ;

il le considère, lui, comme une affection syphilitique vraie; cela ne pouvait que me donner satisfaction.

Je ne puis cependant le suivre sur cette voie. Faire du tabes une manifestation de même ordre que la plaque muqueuse ou la gomme est une assimilation devant laquelle j'ai toujours reculé et tout clinicien reculera.

Pour les besoins de sa thèse, M. Leredde considère le tabes comme une affection volontiers curable. Erreur grave. Sur 1 300 cas de tabes que j'ai observés, je crois en avoir guéri *un*; mais je suis bien certain de n'en avoir pas guéri deux. Allez donc comparer ce résultat à ce que le traitement donne comme moyenne de guérisons par rapport à n'importe quel accident de syphilis *vraie*, à la gomme prise, par exemple, comme terme de comparaison !

Que d'ailleurs, on veuille bien se rappeler qu'il existe des tabes qui s'enrayent spontanément dans leur évolution, comme aussi des tabes frustes, chez la femme spécialement.

Pour différencier par une appellation spéciale ces singuliers accidents syphilitiques qui n'obéissent pas comme d'autres aux agents dits spécifiques, j'ai proposé, de vieille date, de les désigner sous le nom d'accidents *parasyphilitiques*. Ce nom, qui avait été forgé pour moi, par un de mes camarades de collège, très savant helléniste, n'a d'autre prétention que celle-ci : appeler l'attention sur des manifestations de syphilis qui ne sont pas de la syphilis *pur sang*, et qui, vraisemblablement, sont plutôt d'origine que de nature syphilitique. Il a fait fortune, il est accepté. Ainsi, comme exemple, on parle aujourd'hui couramment de manifestation *paratuberculeuse*. S'il déplaît à M. Leredde, qu'il en trouve un meilleur que nous adopterons avec lui. Mais, en tous cas, je répète que, cliniquement, il est et sera toujours impossible d'identifier comme nature le tabes et la plaque muqueuse, la paralysie générale et la gomme.

M. Vérité. — Il me semble que la théorie des affections parasyphilitiques repose sur un mot : elle ne repose pas sur l'observation clinique.

M. Leredde. — J'ai étudié récemment le livre de M. Fournier sur l'ataxie d'origine syphilitique et j'ai constaté que M. Fournier accordait une importance considérable au traitement antisyphilitique dans cette maladie. M. Fournier distingue des cas de tabes ancien — le traitement antisyphilitique est impuissant, encore peut-il faire disparaître complètement certains symptômes, tels que les douleurs fulgurantes, — des cas de tabes confirmé, mais jeune encore, dans ceux-ci le traitement peut immobiliser la maladie, arrêter son évolution, — l'ataxie peut du reste reprendre plus tard, — quelquefois en faire disparaître les symptômes; enfin des cas de tabes naissant. A ce sujet, permettez-moi de citer M. Fournier.

« Vous savez combien sont fréquentes dans la syphilis les paralysies oculaires. Je ne serai certes pas coupable d'exagération en disant que depuis vingt ans j'ai bien observé plus de deux ou trois cents malades affectés de telles ou telles de ces paralysies, notamment celles de la troisième ou de la sixième paire. Or parmi ces malades il en est une quarantaine environ que pour diverses raisons j'ai revus ultérieurement, que j'ai suivis et que j'ai

encore sous les yeux actuellement. Eh bien, chose remarquable, aucun de ces malades n'a présenté d'accidents consécutifs du tabes. »

Et plus loin M. Fournier ajoute :

« Pourquoi donc le tabes ne s'est-il pas développé sur ces malades, ou pour mieux dire ne s'est-il pas continué sur eux?... Je ne vois à cela pour ma part qu'une seule raison... c'est qu'un traitement syphilitique intense... a coupé court à l'évolution du tabes. »

Il n'est donc pas douteux qu'en 1882, M. Fournier était beaucoup plus affirmatif sur les effets utiles du traitement antisyphilitique chez les tabétiques qu'il ne l'a été depuis.

Je crois, pour ma part, que la théorie des affections parasyphilitiques a créé un malentendu regrettable et que la définition de ces affections a empêché souvent d'utiliser les ressources considérables qui peuvent être tirées du traitement spécifique, chez les tabétiques en particulier.

M. L. Jacquet. — Je ne refuse pas d'accepter comme possible l'hypothèse de M. Leredde et le fait qu'il a cité est, en soi, intéressant. Il ne faut pas oublier pourtant que l'idée de faire, de la lésion du tabes, une lésion syphilitique en *nature* est peu compatible avec l'étroite systématisation anatomique de cette maladie ; et que surtout, s'il y a quelques cas heureux, il y en a bien plus encore de nuls ou de franchement mauvais. Il faut se rappeler aussi que le tabes n'a pas une évolution *continue*, mais est soumis à des arrêts prolongés, à de véritables *immobilisations*. J'ai, pour ma part, observé un certain nombre de cas de ce genre, en dehors de toute intervention thérapeutique. Il convient donc d'être fort réservé dans l'appréciation du résultat des cures mercurielles, comme aussi des autres ; et l'interprétation de M. Fournier me semble celle qui correspond le mieux aux faits.

M. Renault. — Il faut distinguer, à mon avis, entre le tabes vrai et les syphilides tabétiformes où il existe de la rachialgie. Celles-ci sont curables par le traitement antisyphilitique, le tabes ne l'est pas. J'ai cependant observé un cas dans lequel le traitement mercuriel a paru faire disparaître un tabes tout à fait à son début.

La pelade d'origine gingivo-dentaire.

Par M. L. Jacquet.

La pelade n'est pour moi ni une entité spécifique, ni un syndrome, mais un symptôme aboutissant d'irritations *banales* et diverses.

Je vais prouver dans ce travail que la plus *banale*, et par conséquent la plus importante de ces irritations naît d'une lésion, ou d'une évolution dentaires.

Les conclusions de ce travail sont le résumé d'une étude minutieuse portant sur près de 300 cas de pelade de tout âge, de toute variété, observés sans nulle sélection.

Divers ordres de preuves m'ont conduit à admettre l'influence de cet élément :

1° La pelade, dans 27 cas, a *succédé* sans doute possible à une crise *subjective* dans la sphère du trijumeau : névralgie simple, névralgie fluxionnaire, fluxion non névralgique. Ce rapport chronologique a varié entre les limites suivantes : trois à quatre mois dans un cas ; 2 à 1 mois en moyenne ; une semaine en d'autres cas ; il y a eu parfois *coïncidence* entre le trouble névralgique et la lésion pilaire.

2° Dans chacun de ces faits l'alopécie a été homolatérale au trouble sensitivo-vasculaire, ou bilatérale comme lui.

3° Dans un grand nombre de faits la pelade fait corps, forme *syndrome*, avec un faisceau de phénomènes vaso-moteurs, thermiques, fluxionnaires, trophiques, qui constituent son *atmosphère* réactionnelle. Les plus fréquents sont :

L'érythrose faciale et auriculaire ;

L'hyperthermie ; plus rarement l'hypothermie ;

L'hyperesthésie latente des troncs nerveux, et parfois des muscles, ou même de tous les tissus dans leur ensemble ;

L'adénopathie ;

L'hypertrophie amygdalienne ; les deux dernières fréquentes surtout chez les enfants.

Ces diverses réactions sont *homolatérales* à la pelade elle-même.

Ce syndrome trahit une *irritation* durable et profonde du côté intéressé, chaque tissu réagissant selon sa modalité propre. Et comme la sphère inférieure du trijumeau semble, pour l'intensité et la fréquence, le point *nodal* de ces troubles, il est logique de l'incriminer : or dans l'espèce, c'est l'appareil dentaire qui réunit les conditions propres à donner naissance à des irritations durables, répétées et de haute potentialité nerveuse.

4° Il y avait bien en effet dans tous les cas relatés en ce travail une épine *irritative* gingivale ou dentaire, non pas ancienne, éteinte, mais *en acte ; homolatérale* au syndrome lui-même, ou bilatérale comme lui.

Voici l'énumération de ces diverses catégories de lésions :

Abcès gingival.

Fistule gingivale.

Polyarthrite et avulsion.

Avulsion pour lésion non spécifiée.

Gingivite.

Carie douloureuse.

Éruption dentaire.

Ainsi constitué avec son point de départ et son ensemble réactionnel, ce syndrome particulier peut être, pour la commodité didactique, désigné sous le nom de syndrome réflexe ODONTOPATHIQUE, ou NÉO-DENTAIRE, suivant que la *lésion* ou *l'évolution* d'une dent est en cause.

5° La part de l'élément dentaire dans la genèse de la pelade a sa répercussion sur l'âge *optimum* de la dermatose : sur 273 cas de pelade où l'âge *de début* a été relevé aussi exactement que possible, de quelques mois à soixante-cinq ans, je trouve 185 cas pour les 25 années correspondant à la période d'évolution dentaire *permanente* contre 88 pour 35 années d'accalmie.

La période qui s'étend de quatorze à dix-neuf ans, c'est-à-dire entre les deux périodes principales de l'évolution dentaire, est significative à cet égard : à l'entr'acte dentaire correspond une notable *accalmie peladique*.

6° La pelade, à tout âge et de toutes variétés, est une dermatose *systématique*. La zone peladophore par excellence est constituée par une région qui va de la nuque à la région sus-mastoïdienne d'une part, et de l'angle de la mâchoire à la région latéro-menton nière ; je l'appelle dans son ensemble zone *nucho-maxillaire*.

Cette zone, dont les deux parties constituantes semblent appartenir à des territoires anatomiques distincts (face et tête) possède en réalité une innervation *commune*, émanée des 2e et 3e paires cervicales. Et cette innervation est *pauvre*, par suite du déficit de la 1re paire, nulle comme innervation cutanée ; et même de la 2e, au moins en ce qui concerne la nuque. Or, comme l'a montré Sherrington : *tout territoire nerveux musculaire ou sensitif doit recevoir des fibres de trois racines consécutives.*

La région *nucho-maxillaire* est donc déficiente au point de vue de la circulation nerveuse.

7° Entre le point de départ irritatif dans la sphère du trijumeau buccal, et le point d'arrivée, à l'expansion des rameaux périphériques des 2e et 3e cervicales, il y a trait d'union nerveux direct par le tronc de la 5e paire, son noyau bulbaire, et sa longue racine descendante qu'on suit aisément jusqu'à la colonne grise sensitive des premières paires, auxquelles elle apporte l'incitation pathogène.

8° La suppression de l'irritation gingivo-dentaire, quand elle a pu être réalisée, a déterminé la guérison *rapide* de la pelade, même à la nuque où la *lenteur* d'évolution est constante.

9° L'action pathogène de l'irritation gingivo-dentaire paraît grandement favorisée par toutes les causes morbides capables d'agir sur le système nerveux du même côté : traumatismes ; compressions lentes ; cicatrices ; lésions inflammatoires cutanées, névralgie du pneumogastrique ; lésions broncho-pulmonaires ; pleurésies ; otites ; colique hépatique, etc... Il semble s'être constitué ainsi, dans certains cas, une véritable *sommation* peladogène.

10° La théorie dentaire est parfaitement d'accord avec l'évolution générale de la pelade.

11° Après l'irritation dentaire, les plus fréquemment peladogènes

me semblent être, par ordre décroissant de démonstration :

Les irritations auriculaire,
— pharyngée,
— gastro-intestinale, helminthiasique,
— broncho-pulmonaire,
— traumatique.

12° A côté des pelades d'origine réflexe, il me paraît nécessaire d'admettre une pelade *centrale*.

13° La pelade est un symptôme qui réalise, comme sans doute beaucoup d'autres, l'*unité* de pathogénie sous la *multiplicité* étiologique.

Je vous présente maintenant, grâce à l'amicale libéralité de mon maître et ami Brocq, une jeune malade de son service atteinte de pelade, greffée sur d'intéressants troubles nerveux.

Tout ce que je dirai d'ailleurs n'engage en rien la responsabilité de Brocq, qu'il fera, s'il le juge à propos, ses critiques et ses réserves, mais seulement la mienne.

Pelade de la nuque et de la région pariéto-occipitale A DROITE. — *Névralgie faciale ancienne d'origine dentaire* A DROITE. — *Tuméfaction douloureuse de la joue* DROITE. — *Adénopathie et hypertrophie amygdalienne à maximum* DROIT. — *Névralgie de la région cervicale, du cou et du bras* DROITS. — *Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire* DROITE.

Cette jeune fille souffre depuis bientôt trois ans d'une névralgie faciale *droite*, revenant par intervalles, et née d'une carie dentaire à la mâchoire inférieure *droite*.

Il y a six mois environ se produisit une légère exacerbation des douleurs, et, à peu près en même temps, on reconnut la pelade.

Celle-ci occupe aujourd'hui, en quatre disques, la région médiane de la nuque et la région pariéto-occipitale *droite*.

Sur cette malade on peut constater :

1° Un épaississement de la joue droite, qui est douloureuse à la pression ;

2° Une adénopathie sous-maxillaire et cervicale du côté *droit;* beaucoup moindre à gauche;

3° Une tuméfaction amygdalienne double, mais beaucoup plus importante à *droite;*

4° Une demi-hyperesthésie profonde du côté droit, qui s'est accompagnée, à certaines périodes antérieures, de douleurs cervicales à *droite*, d'engourdissement douloureux du bras *droit* et de névralgie du genou *droit*.

Au total, cette malade, peu capable d'ailleurs de renseigner sur ses sensations, est *complexe;* et je la présente surtout pour donner un substratum à la discussion qui doit s'ouvrir parmi vous.

M. SABOURAUD. — Je ne crois pas qu'une discussion *immédiate* des opinions et documents apportés par M. Jacquet sur la question des pelades puisse être utile. Aussi me bornerai-je à quelques remarques. Tout dans

ce sujet comme dans beaucoup d'autres dépend de la définition que l'on donne du mot pelade.

Lorsqu'on donne à ce mot une définition très extensive, on doit reconnaître qu'il y a des alopécies en aires qui n'ont rien à voir avec un élément parasitaire local : ainsi les alopécies en aires s'accompagnant de vitiligo, ou de morphée.

Lorsque M. Jacquet est venu affirmer que ces alopécies relevaient d'un état général, il a eu avec lui la dermatologie tout entière. Tous nous connaissions ces cas-là, mais il en a précisé la description et il nous a forcé de nous en occuper davantage.

Moi-même, que l'opinion publique médicale considère à tort, du reste, comme le champion exclusif et intransigeant de l'étiologie microbienne de toutes les maladies dermatologiques, plus d'un an avant le premier mémoire de Jacquet j'ai publié dans le cinquième volume du *Traité des maladies de l'enfance* de M. le professeur Grancher (article Pelade) la description minutieuse de la pelade ophiasique que je ne décris point comme microbienne et que je distingue soigneusement de la pelade séborrhéique que j'avais décrite antérieurement (1897) comme parasitaire.

Donc si on laisse au mot de pelade son acception *générique*, il y a des pelades qui s'accompagnent de troubles généraux graves et qui probablement même en dépendent.

Où je commence à ne plus suivre l'opinion de mon ami le Dr Jacquet, c'est quand il définit la pelade : *un symptôme banal et commun* dépendant de causes diverses.

La *pluralité* des pelades est un fait obscur, puisque nous ne sommes pas encore capables de donner de chaque espèce de pelade une définition spécifique.

Mais la pluralité des pelades est pour moi un fait indéniable et qui permet de ne pas étendre globalement à toutes les pelades les remarques particulières faites avec certitude chez quelques-unes : ainsi pour la contagion.

Depuis que j'ai écrit sur ce sujet j'ai toujours dit la contagion de la pelade excessivement rare. Et je persiste dans cette opinion. Les cas de contagion se comptent par unités sur des centaines de cas observés.

Néanmoins j'ai plusieurs observations de cas de contagion entre mari et femme dans lesquelles vraiment l'idée de simple coïncidence devient infiniment improbable.

Pour la première fois l'an dernier j'ai vu trois cas de pelade successifs dans la même classe d'une école de jeunes gens. Et l'on peut croire que je puis affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une teigne.

Donc parmi d'innombrables cas de pelade qui ne feront jamais de contagion, il y a des cas qui semblent appartenir à une pelade transmissible. Ces cas sont à la vérité tellement rares, qu'ils peuvent *pratiquement* être considérés comme négligeables, mais leur importance doctrinale est énorme.

Et mon avis c'est que tous nos efforts d'observation doivent porter maintenant sur la différenciation par quelque caractère que ce soit des rares cas où une pelade se sera montrée transmissible.

Car je crois qu'il n'y a pas qu'une pelade, qu'il y en a plusieurs, et que

parmi les affections que nous appelons de ce nom commun il y en a une, au moins, rarement transmissible, mais transmissible.

En ce qui concerne le dernier mémoire de M. Jacquet sur la pelade d'origine dentaire, j'avoue que je ne puis aucunement partager les conclusions de l'auteur.

Admettons-les pour un instant, — il n'en sera pas moins avéré pour tout le monde et même pour l'auteur que, sur 1000 caries dentaires, 999 ne s'accompagneront pas de pelade.

Dans ces conditions, si la millième s'en accompagne, c'est qu'il s'adjoint à elle un autre facteur beaucoup plus important qu'elle dans la genèse de la maladie. Dès lors, c'est ce *quid ignotum* qu'il faut préciser et à côté duquel la carie dentaire demeure sans importance. D'ailleurs il y a des régions entières où le système dentaire est conservé sans carie jusqu'à la plus extrême vieillesse, ce sont les régions calcaires comme la Vendée, aux environs de Fontenay-le-Comte.

D'autres où à vingt ans aucun adulte ne garde plus une dent saine, c'est par exemple la Loire-Inférieure, pays granitique où il n'entre pas de calcaire. J'ai habité ces deux régions durant des années. Il y a quelques rares cas de pelade dans l'une et dans l'autre, mais je ne sache pas qu'il y en ait plus dans l'une que dans l'autre. En tous cas, aucune observation médicale ne l'accuse.

Je ne pousserai pas plus loin cette discussion. S'il faut lui donner des conclusions pratiques, je me rattacherai pleinement à celles qu'a formulées en 1889 le rapport de M. Besnier à l'Académie. Il me paraît la sagesse même et se garde des affirmations excessives et inverses des contagionnistes et des non contagionnistes.

Comme conclusion doctrinale je donnerai encore celle de mon rapport au Congrès international de 1900, à savoir que parmi les travaux récents sur le sujet, aucun ne nous a donné de la pelade (de toutes les pelades) une théorie pathogénétique satisfaisante.

Je n'excepte de cette condamnation aucun des travaux récents, pas plus les miens que ceux des autres. Et dans notre pratique médicale de chaque jour, jusqu'à plus ample informé, c'est l'empirisme clinique qui doit encore diriger nos prescriptions thérapeutiques et prophylactiques.

M. Hallopeau. — Comme M. Sabouraud, je rends hommage à la puissance de travail dont M. Jacquet a fait preuve dans ses recherches sur la pathogénie de la pelade, mais, comme lui, j'ai le regret de faire savoir que je ne suis nullement convaincu. Je demande à la Société de vouloir bien m'autoriser à lui exposer les diverses objections que me paraît comporter cette communication, si intéressante et si riche en aperçus nouveaux.

M. Jacquet a trouvé, chez 200 peladiques, 27 cas de carie dentaire avec crise aiguë récente : cette proportion indique-t-elle, comme il le pense, une relation de cause à effet ? Nous avons étudié, à ce point de vue, les malades de nos salles et nous avons reconnu que 87 p. 100 d'entre eux, en ne prenant que les sujets n'ayant pas atteint la cinquantaine, étaient atteints de carie dentaire ; or, comme la carie dentaire ne va guère sans douleur, il ressort de ce fait que la grande majorité des individus ont eu des douleurs

dentaires, et l'on est dès lors en droit de se demander si, dans les 27 cas de M. Jacquet, il y a eu autre chose que des coïncidences ?

M. Jacquet constate, chez ses peladiques, l'existence de points douloureux correspondant aux points d'émergence des nerfs de la région envahie ; mais ces points sont douloureux à la pression chez tout le monde et nous avons maintes fois constaté que, chez des sujets sains, cette sensibilité est plus marquée d'un côté que de l'autre ; on sait, depuis longtemps, que l'homme droit et l'homme gauche réagissent différemment ; d'un autre côté, parmi les peladiques de M. Jacquet, il doit nécessairement se trouver un certain nombre de névropathes atteints d'hyperesthésie : ici donc encore, la relation de cause à effet ne nous paraît pas démontrée.

Nous en dirons autant en ce qui concerne les troubles de l'innervation vaso-motrice perceptibles par accès, chez certains peladiques, du côté de l'une des oreilles qui rougit et souvent devient en même temps plus chaude que l'autre : c'est là encore un phénomène que l'on perçoit fréquemment chez des sujets qui ne sont nullement peladiques ; je puis citer à cet égard mon observation personnelle.

Et les adénopathies cervicales ? les hypertrophies amygdaliennes ? Est-il rien de plus banal ?

M. Jacquet considère comme déficiente au point de vue de la circulation, et, sans doute, comme prédisposée par cela même aux alopécies, la région qu'il appelle *nucho-maxillaire;* mais il suffit, ce me semble, de jeter un coup d'œil sur les crânes de n'importe quelle réunion d'adultes pour se convaincre que le siège d'élection de ces dénudations est au contraire le vertex et que ce sont généralement les parties inférieures du crâne qui restent le plus longtemps velues.

Je ne veux pas nier qu'il ne puisse se développer des alopécies d'origine réflexe, mais, si elles existent, elles doivent être différenciées de la pelade.

L'un des buts principaux de notre école dermatologique contemporaine est d'établir, par tous les moyens d'investigation, l'existence de types morbides reconnaissant leur cause et leur évolution propres ; il en est ainsi, indépendamment des maladies dont le parasite est déterminé, du lichen de Wilson, du pityriasis rosé, du pityriasis rubra pilaire, de la maladie de Neumann ; je pourrais étendre cette énumération. Or, il me paraît résulter incontestablement de l'étude des faits qu'il existe une maladie à laquelle appartient la grande majorité des cas désignés sous le nom de pelade et à laquelle il convient de réserver cette dénomination, en en séparant les alopécies tropho-névrotiques, traumatiques, inflammatoires ou autres.

Cette maladie est caractérisée ainsi qu'il suit : foyers arrondis, à progression excentrique, se multipliant de proche en proche, s'accompagnant de l'altération dite massuée des cheveux ainsi que de la décoloration de ceux qui repoussent, et des autres modifications si bien étudiées par M. Jacquet, nous voulons dire, de l'hypotonie et d'un très léger degré d'atrophie du derme : lorsque cet ensemble de caractères se trouve réuni, c'est de la maladie pelade qu'il s'agit, et non d'un symptôme banal.

Or les présomptions en faveur de la nature parasitaire de cette maladie sont telles qu'on peut les considérer dès à présent comme démonstratives. Nous avons insisté à plusieurs reprises, dans des communications à la

Société, sur les caractères qui distinguent ces pelades vraies des autres formes d'alopécies et particulièrement de celles qui sont, en toute évidence, de nature tropho-névrotique.

Je demande, en terminant, la permission de dire quelques mots d'un fait qui m'est personnel. Dans un article de la *Presse médicale*, où il s'étend, avec une complaisance marquée, sur les arguments de M. Jacquet et les considère, sans discussion, comme pleinement démonstratifs, alors qu'il ne reproduit aucun des arguments qui peuvent être invoqués par les partisans de la théorie contraire, notre très distingué collègue M. de Lavarenne me qualifie d'*ultra-contagionniste;* il me semble qu'en pareille matière on est contagionniste ou on ne l'est pas; je ne me représente guère d'échelons dans le contagionnisme. D'ailleurs, si M. de Lavarenne a bien voulu lire mon rapport à l'Académie, il a pu y voir que je me prononce catégoriquement contre les mesures draconiennes qui tiennent les malheureux peladiques à l'écart des écoles et des administrations comme de véritables parias. Étant données les conditions toutes spéciales dans lesquelles se fait la transmission de cette maladie, on peut sans danger laisser les peladiques au milieu des sujets sains, si l'on prend soin de leur maintenir la tête couverte; est-ce là le langage d'un ultra-contagionniste ?

Je compte présenter à la session de Toulouse les résultats d'une enquête à laquelle je me suis livré relativement à la fréquence et à la contagiosité de la pelade vraie; j'espère y apporter de nouveaux arguments en faveur de sa transmissibilité.

Mais, quel que soit le résultat de ces études, je ne puis m'empêcher de m'élever contre les paroles de M. Jacquet lorsqu'il dit : « La *dermatologie vient de traverser une crise peu féconde de pan-microbisme* ». C'est méconnaître l'importance des services que nous a rendus et nous rend tous les jours, en s'associant à l'observation clinique, la méthode Pasteurienne. Nous en prendrons pour témoins la découverte des agents infectieux de la tuberculose, de la lèpre, de la morve, de l'érysipèle, de presque toutes les pyoémies, du chancre simple, tout récemment de l'eczéma, et j'ajouterai la démonstration de la doctrine parasitaire de la syphilis qui ressort, en toute évidence, de ses frappantes analogies avec les grandes infections que je viens d'énumérer; je ne doute pas que les efforts persévérants de nos bactériologues ne viennent, dans un avenir plus ou moins éloigné, nous révéler les parasites du lichen de Wilson, du pityriasis rosé, de la maladie de Neumann et aussi de la pelade. Honneur donc au génie de Pasteur qui a éclairé d'un jour tout nouveau la dermatologie comme toutes les autres branches de la médecine !

M. Balzer. — Je demande à citer deux faits qui me paraissent nettement en faveur de la théorie contagionniste de la pelade. Le premier concerne une jeune femme venue à la consultation de l'hôpital pour une pelade en aire de la nuque, de l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. Cette femme, qui n'allait jamais chez le coiffeur, s'était fait coiffer par lui une seule fois à l'occasion du mariage d'une parente; quinze jours après, elle constatait une plaque de pelade pour laquelle elle venait à la consultation. La seconde malade, plus âgée que la première, n'avait pas non plus l'habitude d'aller chez le coiffeur; elle y alla une fois pour acheter un tour de cheveux qu'elle voulait placer sur le front. A cette occasion, elle se fit faire

une coiffure. Quinze jours après, comme la première, elle s'apercevait également de l'apparition d'un placard de pelade à la nuque. J'ai observé d'autres faits semblables, mais qui n'ont pas la même valeur, car il s'agissait d'individus qui avaient l'habitude d'aller plus fréquemment chez le coiffeur. J'avoue que je crois peu aux contagions déterminées par le contact d'objets peu vulnérants, tels que dossiers de fauteuils, banquettes de wagons, etc... Je crois, au contraire, à la transmission par les objets capables d'inoculer, tels que rasoirs, peignes et brosses, et je pense que le coiffeur est le plus fréquent propagateur de la pelade. Celle-ci débute peut-être assez tôt après l'inoculation de l'agent pathogène, mais d'après la plupart des faits récents que j'ai observés, c'est dans le délai d'une quinzaine de jours en moyenne que le malade reconnaît son existence.

M. L. Jacquet. — Puisque je suis invité par M. le Président à répondre brièvement, je me bornerai à rappeler à mon collègue et ami Sabouraud, que par le cathétérisme de mes follicules sébacés à l'aiguille de platine, j'ai tenté de m'inoculer le micro-bacille séborrhéicole ; je n'ai rigoureusement rien obtenu de plus, qu'en faisant des tentatives identiques avec la même aiguille, *flammée* au préalable.

En outre, je m'offre à Sabouraud et à M. Hallopeau, quand ils auront l'occasion d'observer une pelade de virulence supposée *maxima*, de me l'inoculer soit à la tête, soit à la barbe, sous l'expresse réserve que j'aurai toutes facilités pour m'assurer que leur malade n'est ni tuberculeux, ni syphilitique.

J'ajoute que je propose à ces messieurs des conditions d'expérimentation *idéales*, car, on le sait, j'ai été *et je suis encore peladique*. Et la pelade *récidive* et ne *vaccine* pas.

M. Moty. — Quel que soit le point de vue auquel on se place, on ne saurait faire abstraction des nombreuses épidémies de pelades observées dans l'armée il y a dix ans et qui ont suivi de près l'adoption de la tondeuse ; elles ont une signification d'autant plus précise qu'elles ont sévi de préférence par compagnies ou détachements se servant du même instrument.

Toutes ces pelades étaient de mêmes formes et guérissaient, en général, assez rapidement. Mais cependant quelques-unes ne guérissaient pas et il est très possible que les causes trophiques générales invoquées par M. Jacquet aient joué dans ces cas un rôle important.

Je répète en terminant que je passe tous les ans deux ou trois semaines dans la Seine-Inférieure et que je ne remarque pas que les pelades y soient plus fréquentes qu'ailleurs, bien que les désastres dentaires y soient presque la règle.

M. Brocq. — Puisque M. Sabouraud s'en tient toujours à sa formule connue : pelade ophiasique, pelade de l'enfance, non microbienne ; pelade séborrhéique, pelade de l'adolescence et de l'adulte, pelade microbienne, je lui demanderai de vouloir bien préciser d'une manière nette et définitive la valeur pathogénique de son microbacille dans cette dernière pelade. Il y a une chose qui nous trouble, nous autres cliniciens, dans l'histoire de cette pelade séborrhéique microbienne, c'est le fort petit nombre de cas de contagion que nous croyons avoir observés et l'énorme quantité de ces pelades

séborrhéiques. Il ne faut pas que M. Sabouraud s'y trompe, quand il est venu en 1897 nous apporter son microbacille séborrhéique, agent pathogène de la pelade, il y a eu un cri de satisfaction dans le gros public médical, et l'on a dit : « on a trouvé le microbe de la pelade, elle est donc contagieuse, » et en ce moment encore, cette idée est enracinée dans l'esprit de nos confrères. Qu'il le veuille ou non, M. le Dr Sabouraud par ses recherches si ingénieuses est devenu le palladium des contagionnistes. Or, ces idées nous ont amenés à une intolérance absolue envers les malheureux peladiques qui se voient repoussés de toutes les administrations, expulsés de tous les établissements. J'ai considéré comme un devoir impérieux pour moi de protester, à la suite de notre maître M. E. Besnier, contre ces mesures rigoureuses. Il y a là un abus évident et une question pratique d'une importance capitale, et c'est pour cela que je me tourne aujourd'hui vers M. Sabouraud, et que je lui demande simplement (n'ayant d'ailleurs en aucune manière, en ce moment, l'intention de discuter ses travaux et ses idées) de préciser d'une manière nette et intelligible pour le grand public médical, ses opinions actuelles sur son microbacille.

Nous savons qu'il existe toujours, et en grand nombre, dans les pelades séborrhéiques, c'est entendu. Mais là n'est pas la question. Est-il, oui ou non, vraiment pathogène dans cette affection? s'il l'est, dans quelle proportion, dans quelles circonstances l'est-il?

Il me semble nécessaire d'avoir sur ce point capital l'opinion actuelle complète de M. Sabouraud, avant de pouvoir aborder utilement une discussion sur les pelades et sur les mesures qu'il convient de prendre à propos des peladiques.

M. Sabouraud. — Je répondrai d'abord à mon excellent maître et ami M. Brocq, qu'à mon avis, le *degré* de contagion d'une maladie n'est nullement déterminé par le *degré* de connaissance que l'on a de son parasite causal.

D'abord, il y a des maladies dont on connaît le parasite et qui ne sont pas contagieuses, comme la malaria.

D'autres dont le parasite nous est inconnu, comme la syphilis et dont la contagiosité n'est pas discutée, et nous discutons sur la contagiosité de la lèpre en nos pays, alors que son bacille est l'un des plus abondants qui se puissent voir.

A l'école Lailler, dans le quartier où les teignes faveuses et les pelades sont soignées côte à côte, nous n'avons jamais vu depuis 1897 un seul peladique contracter la teigne faveuse dont nous connaissons le parasite, alors que trois de nos malades atteints de teigne faveuse ont présenté de la pelade, dont vous voyez que la nature parasitaire est au moins discutable, puisqu'on la discute en ce moment.

Que j'affirme donc connaître le microbe de la pelade ou que j'affirme le contraire, cela ne dira rien du tout, quant au degré de contagiosité de la maladie. Dois-je souligner ce fait amusant que M. Brocq demande à la bactériologie ce qu'il faut considérer comme contagieux, pendant que je demande à la clinique de prononcer jusqu'à meilleur avis.

En second lieu, j'entends tous les jours prêter à mon excellent maître et ami M. Brocq, notamment sur les *séborrhéides*, des idées qui lui sont étran-

gères; il n'y a donc pas lieu de s'étonner en ce qui concerne la pelade, qu'on m'en prête qui sont à d'autres. Mais il est assez lourd d'avoir répondu de ses actes sans assumer la responsabilité de ceux d'autrui.

Si l'on veut bien relire ce que j'ai écrit de la contagiosité *rare* et *limitée* de la pelade, on verra que je n'ai point été de ceux qui ont frappé les peladiques d'ostracisme.

Depuis quatre ans, je donne libéralement des certificats de non contagion à tout patient atteint de pelade ophiasique qui m'en demande.

M. Brocq suppose que mes travaux sont ceux qui ont le plus contribué à répandre dans le public médical des idées de contagion à outrance, mais ces idées de contagion sont très antérieures à moi.

M. Brocq et moi nous les avons recueillies du même maître M. Vidal, pour qui l'extrême contagiosité de la pelade ne faisait même pas un doute.

En 1889, M. Brocq lui-même était contagionniste avant que j'eusse rien écrit sur la matière.

Et de même en 1892, M. Tenneson écrivait : la pelade est aussi contagieuse que la rougeole.

Que l'esprit public médical m'attribue ces idées qui appartiennent à mes maîtres, c'est faire erreur, une erreur que M. Brocq ne peut partager. Je n'ai jamais pensé si commune la contagion de la pelade et j'ai partout écrit qu'elle se montrait très rarement certaine.

Enfin, quant à préciser mes idées actuelles sur la pathogénie *des pelades* (car je crois qu'on ne peut plus dire de *la* pelade), j'attendrai d'avoir, pour confirmer ou infirmer mes travaux précédents, des faits plus décisifs que ceux que j'ai pu réunir depuis leur publication.

Et d'ailleurs, ce n'est pas à propos d'une discussion que l'on apporte un travail expérimental, on ne le fait pas sur commande, on l'apporte quand il est fait.

M. Barbe. — J'observe en ce moment un cas de pelade chez un enfant qui est lié à une contagion.

M. Gastou. — Je viens d'observer deux cas de pelade : l'un était survenu par contagion; dans l'autre, l'origine dentaire m'a paru certaine. De sorte que j'admets volontiers l'existence de plusieurs pelades.

Considérations sur la médication cacodylique.

Par M. Burlureaux.

Avant d'indiquer ce que mes recherches personnelles m'ont appris sur les cacodylates depuis la communication que j'ai faite à la Société de thérapeutique en mars 1901, je voudrais soumettre à la Société de Dermatologie une question d'importance majeure : Doit-on, oui ou non, confondre la médication arsenicale avec la médication cacodylique ? En d'autres termes, l'arsenic *latent* des cacodylates a-t-il, thérapeutiquement parlant, la moindre parenté avec l'arsenic de la

liqueur de Fowler ou des granules de Dioscoride ? En d'autres termes encore, quand dans une société médicale, deux orateurs parlent l'un arsenic, l'autre cacodylate, à propos du traitement du psoriasis par exemple, parlent-ils bien le même langage ?

Je serais porté pour ma part à penser qu'il n'y a rien de commun entre la médication arsenicale et la médication cacodylique. — Que la médication cacodylique doit être étudiée comme une médication à part, encore pleine de mystères et que pour une étude sérieuse de cette médication on doit oublier que les cacodylates contiennent de l'arsenic.

L'arsenic des cacodylates est au point de vue chimique si différent de l'arsenic des autres préparations arsenicales ! Il ne se retrouve pas à l'appareil de Marsch qui, perfectionné par M. le professeur Gautier, décèle des millionièmes de milligramme d'arsenic ordinaire.

Pour le retrouver chimiquement dans les urines des malades soumis à la médication cacodylique, il faut des manipulations extrêmement compliquées.

Quoi d'étonnant à ce que l'arsenic si profondément dissimulé dans les cacodylates, l'arsenic latent en d'autres termes, n'ait pas les mêmes effets toxiques ou thérapeutiques que l'arsenic des préparations antérieures du codex ? Quoi d'étonnant a priori à ce que la médication cacodylique soit entièrement différente de la médication arsenicale ? Cette vue de l'esprit n'a rien d'irrationnel.

Mais voici qui la confirme :

1° Au point de vue de la toxicité tout le monde s'accorde à dire qu'il n'y a rien de commun entre l'arsenic des cacodylates et l'arsenic ordinaire.

M. Gautier n'a-t-il pas cité dans son remarquable rapport à l'Académie, de juillet 1901, sur l'arsenic *latent* le cas d'un confrère qui fit par erreur des injections massives de cacodylate, croyant faire des injections de sérum artificiel, et qui de ce fait donna 50 centigrammes de cacodylate de soude à une malade nerveuse, légèrement albuminurique, et 65 centigrammes à deux autres malades, l'un épileptique, l'autre alcoolique, sans provoquer le moindre accident ?

Bien mieux, M. Danlos, « préoccupé de saturer l'économie d'arsenic », ainsi qu'il le dit dans sa communication au Congrès de médecine, août 1900, donnait dès cette époque des doses quotidiennes de 30 à 50 centigrammes de cacodylate de soude, et je crois bien que depuis, il s'est encore enhardi, persuadé de plus en plus de la non toxicité des préparations cacodyliques et de la nécessité des hautes doses pour obtenir certains effets thérapeutiques.

Moi-même, j'ai signalé le cas d'un malade atteint de maladie de Parkinson qui sur mes conseils prend depuis deux ans et trois mois

une moyenne de 5 centigrammes par jour de cacodylate de soude en injections sans avoir le moindre accident d'arsenicisme, et celui d'un malade traité avec le plus grand succès par M. le Dr Chaillou et par moi, qui a pris en injections en l'espace de quatre-vingt-dix jours 43 grammes de cacodylate de magnésie, soit 20 grammes de métalloïde arsenic.

Or ce traitement intensif a pris fin en février 1901 et les résultats acquis pendant le traitement ne se sont pas démentis ; il n'y a donc pas eu d'intoxication tardive.

J'ai encore en traitement une malade atteinte de psoriasis invétéré que M. le Dr Barthélemy a bien voulu me confier. Elle reçoit depuis le 7 novembre 1901 presque tous les jours une injection de 25 centigrammes de cacodylate de magnésie. Or elle a éprouvé après la 10e ou 11e injection une amélioration telle qu'elle s'impose la lourde charge de venir de fort loin recevoir nos injections; actuellement elle est presque guérie ; mais je ne parle qu'incidemment du résultat thérapeutique; le point sur lequel je veux insister à l'appui de la thèse que je soutiens, c'est qu'elle n'a, malgré ces fortes doses d'arsenic absorbé, aucun phénomène d'arsenicisme; c'est qu'en réalité l'arsenic latent des cacodylates n'a rien de la toxicité de l'arsenic antérieurement étudié.

Mais depuis que j'étudie les cacodylates, c'est-à-dire depuis le jour où M. Gautier a bien voulu me donner la primeur de ses études et m'associer à ses recherches (octobre 1898), je pourrais citer plus de cent malades qui ont reçu en injections intramusculaires des doses énormes d'arsenic latent sans le moindre effet nocif. D'abord je faisais des traitements espacés avec périodes variables de repos ; puis j'ai fait des traitements continus pendant deux, trois et quatre mois consécutifs. D'abord je commençais tous les traitements par des doses faibles, puis je me suis enhardi et d'emblée j'en donne maintenant 10 centigrammes le premier jour et 25 centigrammes les jours suivants, excepté chez les tuberculeux. Or, je le répète, je n'ai jamais eu le moindre accident : ni quand les cacodylates sont donnés à doses massives en une seule fois, ni quand ils sont donnés à petites doses pendant des années consécutives, ni quand ils sont donnés à fortes doses pendant des mois consécutifs, même sans périodes de suspension de traitement. Il faut noter aussi l'absence d'effets toxiques tardifs.

Tout en constatant l'innocuité des préparations cacodyliques, même à hautes doses pendant la durée des traitements, j'avais d'abord redouté leur action à longue échéance, et je me demandais si l'arsenic des cacodylates n'allait pas provoquer des accidents tardifs survenant trois mois ou six mois après la fin du traitement, surtout quand le traitement avait été prolongé et intensif ; or je

n'ai rien remarqué de semblable : j'ai revu des malades dont le traitement avait pris fin il y a trois mois, il y a six mois, il y a un an et qui n'ont jamais eu le moindre phénomène d'intoxication tardive.

Il n'y a donc, en résumé, rien de commun au point de vue toxique pas plus qu'au point de vue chimique entre l'arsenic latent et l'arsenic des autres produits arsenicaux.

De là à conclure qu'il n'y a au point de vue thérapeutique rien de commun entre la médication cacodylique et la médication arsenicale, il n'y a qu'un pas. Je n'ose, en vérité, pas encore le franchir, n'ayant pas eu occasion d'étudier la médication arsenicale d'assez près ; c'est pourquoi je demande à la Société son avis sur ce point important. Mais le peu que je sais c'est que les cacodylates donnent des résultats thérapeutiques dans une foule de cas où les médications arsenicales échouent misérablement, dans le psoriasis par exemple, dans la lèpre, etc.

Dans le doute, et pour ne pas provoquer des discussions à perte de vue qui dégénéreraient facilement en controverses, je proposerais chaque fois qu'une étude thérapeutique sera ouverte sur les cacodylates, de ne se servir pour éviter toute confusion que du terme médication cacodylique, en évitant de prononcer le mot arsenic, à moins d'y joindre l'adjectif *latent*.

Je vais maintenant aborder quelques points de la médication cacodylique.

Il y a-t-il vraiment des symptômes d'intolérance qui puissent guider le praticien et l'avertir quand il dépasse la dose utile du médicament ? J'ai étudié de mon mieux les phénomènes d'intolérance à l'égard de la créosote, et leur connaissance m'a été d'un précieux secours. C'est grâce à elle, en effet, que je sais à quelle dose on peut utilement et sans danger donner la créosote chez tel ou tel malade, que je sais qu'avec des doses minimes on peut faire beaucoup de mal, qu'avec des doses énormes on peut faire beaucoup de bien à la condition de ne pas atteindre le plus petit phénomène d'intolérance. En un mot, sans la connaissance parfaite des phénomènes d'intolérance il n'y a pas de médication créosotée raisonnable ; il n'y a que grossier empirisme. Hélas ! pour la médication cacodylique je crois que nous en sommes encore à une période d'empirisme.

Certes en marchant à l'aveugle et par tâtonnements successifs on a déjà fait rendre aux cacodylates d'importants services thérapeutiques; mais on ne leur fera rendre leur maximum d'effet utile que quand on connaîtra bien les phénomènes d'intolérance dont l'apparition guidera le praticien. Ces phénomènes doivent exister, il n'est pas admissible qu'on puisse donner indéfiniment du cacodylate sans amener quelque trouble de la santé. Mais je ne les connais pas, et

ceux qui ont été décrits comme tels, me semblent sujets à caution. Je n'ai jamais observé le moindre phénomène d'intolérance, c'est-à-dire dû sans conteste à l'usage des cacodylates lorsqu'ils sont donnés en injection intramusculaire. Mais, dira-t-on, pourquoi s'acharner à connaître les phénomènes d'intolérance de ce médicament; ne suffit-il pas de savoir qu'il a été donné avec succès à telle dose dans tel cas, pendant tant de jours, de semaines, de mois... Oui, certes, ce sont là des indications précieuses, suffisantes pour la pratique journalière, mais elles sont insuffisantes pour le chercheur qui veut faire rendre à une arme thérapeutique son maximum d'effet. Qui sait en effet si, chez tel malade amélioré par le traitement cacodylique, une dose plus forte n'aurait pas produit un effet encore plus utile; qui sait enfin si, en cas d'échec thérapeutique dans un cas déterminé, une dose plus forte n'aurait pas été efficace; si, en un mot, la dose maxima tolérée n'aurait pas amené le résultat poursuivi. Mais pour oser aborder le maniement des doses actives d'un médicament, il faut bien connaître les petits phénomènes d'intolérance qui doivent mettre le praticien en garde contre une hardiesse regrettable. Or ces petits phénomènes d'intolérance, nous ne les connaissons pas, nous ne pouvons donc encore procéder que par tâtonnements et dire, chez tel malade j'ai donné telle dose avec effet utile; dans deux mois un confrère viendra dire, chez tel malade superposable au premier, j'ai donné avec succès une dose deux fois plus forte; puis un troisième praticien annoncera qu'il s'est encore enhardi et a obtenu un succès encore plus marqué. Ce sont là des matériaux pour la construction d'un édifice, mais ce ne sont que des matériaux. Pour notre part, nous ne connaissons pas encore la dose maxima tolerée, parce que nous ne connaissons pas les phénomènes d'intolérance; nous savons à quelle dose on *peut* prescrire les cacodylates, mais nous ne savons pas à quelle dose on *doit* les donner.

Bornons-nous donc à apporter notre contingent de matériaux à l'édifice à construire.

A. — Un mot sur les idiosyncrasies à l'égard des cacodylates.

A vrai dire, nous n'en connaissons pas : nous connaissons des personnes qui ne tolèrent pas la moindre quantité de laudanum ou d'antipyrine, qui ne tolèrent la quinine qu'à très petites doses, mais nous ne connaissons pas de malades même enfants qui éprouvent le moindre accident avec cinq centigrammes de cacodylate soit de soude, soit de magnésie, soit de chaux. Toute personne qui affirme que cette dose lui a été nuisible, et qu'elle ne peut pas supporter le cacodylate, trompe son entourage ou se laisse tromper elle-même par son imagination : elle s'auto-suggestionne. Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des malades affirmant qu'une seule injection intra-musculaire de cacodylate produit des effets désastreux ; je les ai d'abord

crus sur parole, et j'ai enregistré soigneusement les effets décrits par chacun d'eux, espérant être sur la piste des phénomènes d'intolérance que je recherche avec tant de soin pour la raison indiquée précédemment. Mais d'une malade à l'autre les phénomènes étaient si variés, que j'en ai conclu qu'ils ne pouvaient pas être dus au même agent. D'ailleurs je n'ai jamais noté ces soi-disant idiosyncrasies que chez des femmes très nerveuses ; pas une seule fois chez les hommes. Quand je croyais aux idiosyncrasies je suspendais le traitement dès la première injection. Chez une grande nerveuse cependant j'ai eu le courage de le continuer, en diminuant progressivement les doses : plus je diminuais, plus les phénomènes accusés par elle s'accentuaient. J'en arrivai à faire une piqûre à blanc ; jamais l'effet toxique ne fut aussi considérable ; mon opinion était faite, dès le lendemain j'injectais dix centigrammes et la tolérance fut parfaite parce que la malade avait cru recevoir du sérum de Chéron.

Une seule fois j'ai cru me trouver en présence d'une idiosyncrasie véritable, c'est chez une jeune fille à qui la dose minime de un centigramme de cacodylate de soude en injection produisit une très pénétrante sensation de goût alliacé. C'était au début de mes recherches sur le cacodylate de soude ; l'apparition de ce goût si intense avec une dose si minime de médicament me fit penser qu'elle ne devait pas le tolérer ; je cessai donc immédiatement après la première tentative ; mais plus tard, quand j'eus acquis une expérience plus complète, je refis à cette même malade plus de cent injections à doses bien plus élevées et elle toléra parfaitement, n'accusant l'apparition du goût alliacé qu'à intervalles variables, sans que j'aie encore pu dépister les causes de ce curieux phénomène si capricieux dans son apparition et qui ne me semble d'ailleurs n'avoir aucun intérêt pour guider le praticien.

Je donne sous toutes réserves mon appréciation sur les idiosyncrasies, car plusieurs confrères m'ont dit en avoir observé. Ils rendraient grand service en précisant les phénomènes qu'ils ont pu constater.

B. — Nous n'avons rien de particulier à dire sur le cacodylate de soude, sinon qu'on peut l'employer en solutions contenant au plus 0 gr. 25 par c.c. Les solutions à 10 centigrammes par c.c. sont très bien acceptées en jections intramusculaires ; les solutions à 0,25 par c.c. produisent, une fois sur cent environ, des douleurs passagères ; nous ne connaissons pas la dose maxima qu'on doit employer, nul doute qu'elle ne varie suivant les différents malades. Quant à la dose optima, elle a été recherchée par MM. A. Robin et Binet, chez les tuberculeux pulmonaires ou les prédisposés ; elle paraît être, dans ce cas, de 5 centigrammes par jour donnés par période de huit jours avec périodes de repos de huit jours : C'est par les indica-

tions fournies par le chimisme respiratoire que ces savants sont arrivés à préciser assez exactement la dose optima à prescrire. On ne saurait trop les féliciter d'avoir donné une base scientifique à l'emploi du cacodylate de soude, qui jusqu'alors était soumis au plus désespérant empirisme. Ce qu'ils ont fait pour les tuberculeux est à faire pour tous les malades auxquels le cacodylate de soude paraît devoir être prescrit. C'est là un travail colossal, mais nécessaire à l'avenir thérapeutique des cacodylates.

Il est probable que ce travail démontrera que la dose de 5 centigrammes par jour, qui est la dose optima pour les tuberculeux, doit être de beaucoup dépassée dans une foule de circonstances.

C. — Le cacodylate de magnésie, même manié par nous d'une façon empirique, rend cependant de signalés services à tous les malades en déchéance.

Nous l'avons employé avec M. le D[r] Chaillou chez une diabétique avec un grand succès. Chez cette malade nous avions constaté la présence du sucre pendant huit jours seulement en l'année 1899; puis tout à coup, en mai 1901, elle éprouve une prostration insolite avec amaigrissement rapide et en juin une analyse démontre qu'il y avait 82 grammes de sucre par litre, et 3 litres en 24 heures. Nous fîmes immédiatement des injections quotidiennes au cacodylate de magnésie à 0,25 par c.c. et dès la cinquième injection de 1 c.c. il y avait une amélioration notable de l'état général et la quantité de sucre avait baissé des quatre cinquièmes, et à la vingtième injection il n'y avait plus de sucre, l'état général était redevenu excellent, et la santé se maintient parfaite depuis cette époque.

Chez un diabétique tuberculeux avec bacilles dans les crachats j'ai obtenu par 60 injections de cacodylate de magnésie à 0 gr. 25, faites sans interruption, un arrêt non douteux de la fonte tuberculeuse, avec augmentation de poids de 10 kilog. Mais il faut dire que j'avais en même temps soumis le malade à l'usage de 500 grammes de viande crue et du jus de 1 kilog. de viande crue pris quotidiennement, de sorte que je ne sais pas la part à faire au cacodylate dans le résultat obtenu. Quant au diabète dont était porteur le malade, il remontait à vingt-cinq ans et il a été peu modifié par le traitement cacodylique. Mais le malade vit avec lui en parfaite intelligence.

140 injections de 1 c. c. de cacodylate de magnésie à 0 gr. 25 par c. c., ont amené en trois mois et demi la guérison d'un psoriasis rebelle chez une malade que M. le D[r] Barthélemy m'avait confiée; même succès au point de vue du traitement du psoriasis chez une dame que 25 injections parvinrent à débarrasser d'un psorasis rebelle et chez un malade atteint depuis quinze ans de psoriasis généralisé : après 10 injections, le malade accusait une amélioration notable, la cessation du prurit qui le torturait depuis un an. Après

40 injections le psoriasis était presque guéri. Malheureusement, ce malade avait eu en 1898, sur un placard de psoriasis, un épithélioma, opéré en 1899, récidivé en fin 1899, opéré en 1900, récidivé en 1901, réopéré par M. Campenon en août 1901, et c'est seulement après cette dernière opération que le malade fut soumis au traitement cacodylique. Fort de l'assentiment de M. Campenon, je poussai le traitement non pas à son maximum d'intensité, puisque j'ai dit ne pas connaître la dose maxima tolérée, mais je le poussai à des doses qui probablement n'ont pas souvent été employées ; or le résultat fut excellent au point de vue du psoriasis, mais nul au point du vue épithélioma, càr en plein traitement l'épithéliome récidivait dans la cicatrice et se généralisait, ainsi qu'a pu le constater M. le Dr Reynier, appelé in extremis en décembre 1901. Des doses encore plus fortes auraient-elles enrayé le processus ? j'aurais pu les donner plus fortes puisque le malade n'éprouvait aucun effet fâcheux, et que les injections n'étaient pas douloureuses; mais je n'ai pas osé. J'ajouterai que je donnais en même temps que le cacodylate de magnésie 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour en un cachet, et je dois dire que la combinaison du traitement par la quinine et le cacodylate de magnésie n'a en rien retardé la récidive de l'épithélioma.

Chez de nombreux neurasthésiques le cacodylate de magnésie m'a rendu des services très appréciables. Est-ce à l'élément magnésien, est-ce à l'élément cacodylique qu'est dû le résultat ? je l'ignore. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'ai eu de plus beaux résultats avec le sel magnésien qu'avec le sel sodique ; mais qui sait si ce n'est pas parce que je maniais le sel magésien avec plus de hardiesse ? Je n'ai jamais donné moins de 10 centigrammes par jour pendant vingt jours et j'ai souvent donné 20 centigrammes en moyenne pendant vingt jours de suite.

Mais il faut savoir que si l'injection à 0 gr. 10 par c. c. est toujours bien tolérée par la peau, celle à 0 gr. 25 ne l'est bien que 60 fois sur 100 ; 40 fois sur 100 elle occasionne de la douleur avec ou sans induration consécutive. Aussi ai-je adopté pour l'usage ordinaire les solutions à 0 gr. 10 et à 0 gr. 20 par c. c., qu'il ne faut pas confondre avec les solutions à 1 p. 100 et à 2 p. 100, — lesquelles contiennent plus de 10 et plus de 20 centigrammes par c. c., étant donnée la densité du sel magnésien. Pour éviter une confusion qui complique les calculs, le mieux est d'employer la formule ci-jointe.

Cacodylate de magnésie, 10 à 20 grammes. Eau, q. s. pour 100 c. c.

D. — *Cacodylate de chaux.* — Il est encore moins bien toléré par le tissu musculaire que le cacodylate de magnésie et il est sage de ne pas le donner en solution trop concentrée. La solution à 0 gr. 25

par c. c. provoque 60 fois sur 100 des douleurs avec induration consécutive et j'ai même provoqué deux fois des menaces d'abcès qui fort heureusement n'ont pas abouti. Deux fois il y a eu rougeur, chaleur, tuméfaction, douleur, suivies après quarante-huit heures de fluctuation superficielle, bien que les injections aient été intra-musculaires, et j'ai eu la chance de tout voir rentrer dans l'ordre après quarante-huit heures de repos avec compresses phéniquées.

Mais je conseille de ne pas dépasser le titre de 20 centigrammes par c. c. et même je me sers le plus souvent de la solution à 10 centigrammes par c. c. qui n'occasionne jamais le moindre accident.

C'est en vertu d'une idée théorique que je l'ai employé chez les tuberculeux de préférence au cacodylate de soude, qui ne m'avait jamais donné d'excellents résultats. Et je crois qu'en effet, à la dose de 10 centigrammes par jour pendant trente jours de suite, le cacodylate de chaux paraît devoir être conseillé.

Un tuberculeux au premier degré, que j'ai soigné avec M. le Dr Roubleff, sans rien changer au régime et à l'hygiène antérieurement prescrits, paraît s'être très bien trouvé de l'emploi du cacodylate de chaux à cette dose pendant vingt jours seulement. Mais mes recherches sur ce sujet sont encore trop peu avancées pour que j'en entretienne la Société.

E. — Le cacodylate de quinine est un sel bien défini, stable quand il est bien préparé : M. le Dr Georges, professeur de chimie de l'école du Val-de-Grâce, l'a, sur ma demande, étudié de très près. Il est parvenu à préparer des solutions qui contiennent 20 centigrammes de sel de quinine par c. c. et qui se conservent très bien à la condition de ne pas être chauffées au-dessus de 50 degrés. Un c. c. de cette solution renferme un peu plus de 10 centigrammes de quinine et de 5 centigrammes d'acide cacodylique.

J'avais fondé de grandes espérances sur l'emploi de ce sel dans le cancer. Malheureusement je dois dire que deux essais faits jusqu'à ce jour, l'un par M. le Dr Barthélemy, à mon instigation, et l'autre par moi avec 10 centigrammes par jour de cacodylate de quinine, n'ont eu aucun effet appréciable.

Dans l'impaludisme aigu ou chronique il est peut-être appelé à un brillant avenir. Je n'ai pas étudié la question. Je l'ai employé deux fois chez des malades atteints de grippe avec broncho-pneumonie, et avec des résultats qui paraissent encourageants.

Mais j'avoue que je n'oserais pas priver des malades graves du secours des injections de chlorhydrate de quinine que je connais, pour leur donner du cacodylate de quinine que je ne connais pas... Quant aux malades peu graves, il est bien difficile de faire la part de la médication dans le résultat final obtenu.

Je dois signaler cependant un cas de migraine qui a paru très vite

enrayée par une injection de 20 centigrammes de cacodylate de quinine.

A vrai dire, je sais donc très peu de chose sur le cacodylate de quinine ; ce que je sais c'est que l'injection de 20 centigrammes par c. c. n'est pas douloureuse et devrait être expérimentée chez les migraineux, chez les grippés et chez les impaludés, et peut-être chez d'autres malades auxquels le cacodylate de soude a jusqu'ici été donné sans succès (tuberculeux fébricitants).

En résumé, la médication cacodylique est et sera encore longtemps à l'étude. Elle est appelée à rendre d'importants services en dermatologie quand on connaîtra bien les doses qu'il faut savoir atteindre et ne pas dépasser.

Conclusions. — 1° La médication cacodylique constitue une médication à part qui ne doit pas être confondue avec la médication arsenicale : l'arsenic des cacodylates n'ayant rien de comparable à l'arsenic des préparations arsenicales ni au point de vue chimique, ni au point de vue toxicologique, ni au point de vue thérapeutique.

2° Dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible de préciser les doses de cacodylate à prescrire. On en est encore à la période des tâtonnements parce qu'on ne connaît pas encore les phénomènes avertissant le praticien qu'il confine à la dose qu'il ne faut pas dépasser. Mais tout porte à croire que les doses habituellement employées jusqu'à ce jour doivent être de beaucoup dépassées si l'on veut faire rendre à la médication cacodylique son maximum d'effet utile.

3° Il ne paraît pas exister d'idiosyncrasie à l'égard des cacodylates.

4° Les cacodylates de soude, de magnésie, de chaux paraissent avoir des effets thérapeutiques peu différents.

Chez les tuberculeux cependant le cacodylate de chaux me semble supérieur au cacodylate de soude, mais il n'est toléré par la peau que s'il est donné en solutions relativement étendues ; tandis que le cacodylate de soude peut être donné en solutions concentrées, celui de magnésie tenant le milieu entre les deux.

5° Le cacodylate de quinine qu'on parvient à obtenir en solutions concentrées (20 centigrammes par c.c.), très bien tolérées en injections intramusculaires, nous semble appelé à un bel avenir thérapeutique.

Syphilis ignorée avec lésions profondes et étendues de la face, des cavités nasales et du voile du palais.

Par MM. Fournier et Paris.

V. D..., âgée de 42 ans, est entrée le 2 mars dernier à l'hôpital pour des lésions ulcéreuses de la face.

On constate tout d'abord la destruction à peu près complète du *nez* ; les

os propres du nez, la cloison et les cornets ont disparu; les fosses nasales ne forment plus qu'une cavité anfractueuse, à parois irrégulières, recouvertes de dépôts sanieux, et d'où s'exhale une odeur fétide; un pont fibreux dirigé transversalement, subdivise en deux ce qui constitue actuellement l'orifice antérieur des fosses nasales.

La *lèvre supérieure* n'existe plus; à sa place on ne trouve plus qu'un bourrelet cicatriciel, irrégulier, adhérent à la gencive supérieure.

Le lobule de l'oreille gauche est à peu près détruit: ce qui en subsiste se continue avec une vaste cicatrice à peu près lisse, qui occupe toute la joue gauche, et remonte de quelques centimètres en arrière de l'oreille.

Sur une ligne horizontale située dans le prolongement de la commissure labiale gauche, on note plusieurs ulcérations mesurant de 5 à 20 millimètres, à fond peu excavé, assez régulier, jaunâtre, limitées par un bord non décollé et légèrement induré.

Sur la tempe gauche il existe également plusieurs ulcérations disposées à la suite les unes des autres, à contours assez régulièrement circulaires, et dont les caractères sont analogues à ceux des ulcérations de la joue.

On trouve encore au-dessous de l'oreille gauche une ulcération ovale, à contours festonnés, ayant un fond jaunâtre irrégulier, ne donnant qu'une sécrétion minime.

Au niveau de la pommette droite, on constate une cicatrice blanche, lisse.

L'œil droit, atteint de leucome total, n'a plus ni paupière supérieure ni paupière inférieure; à leur place une ulcération à fond rouge vif encadre l'œil.

L'œil gauche est normal, mais sa paupière inférieure a été détruite.

L'examen de la cavité buccale révèle tout d'abord une ulcération dont les caractères objectifs se rapprochent de ceux des ulcérations de la joue, située sur la voûte palatine en avant de la base du voile du palais.

Celui-ci est à peu près méconnaissable: on le dirait effiloché; il n'est plus constitué que par quelques minces bandelettes irrégulières qui se détachent du bord postérieur de la voûte palatine et vont se fixer en différents points des parois pharyngiennes.

L'exploration otoscopique a enfin révélé l'existence de cicatrices au niveau de la membrane du tympan des deux oreilles, et d'une surdité totale du côté droit.

L'histoire de la malade et ses antécédents n'ont pu être établis que d'une façon très incomplète; car, arrivée récemment de la Bretagne, elle ne comprend pas le français. Son père serait mort, à soixante-cinq ans, d'une affection inconnue de la malade, et sa mère, à quarante-deux ans, de tuberculose pulmonaire.

Elle a eu huit frères et sœurs: six sont encore vivants et bien portants et deux sont morts, à quarante et trente-quatre ans, de tuberculose.

Elle-même est mariée depuis vingt ans; son mari n'a jamais été malade.

Elle a eu dix enfants, dont huit sont vivants et bien portants et deux sont morts (le premier et le cinquième), âgés de dix semaines et de quatre ans.

Son dernier enfant, vivant et bien portant, a actuellement vingt-deux mois.

Comme antécédents personnels on ne trouve que des maux de gorge à quatorze ans qui auraient persisté plusieurs années.

Ses lésions actuelles ne dateraient que de deux ans et auraient débuté par une petite ulcération siégeant à la racine du nez.

Malgré l'absence de tout antécédent, M. le Prof. Fournier, se basant sur les caractères objectifs des lésions, sur leur profondeur et leur étendue, principalement, enfin, sur la rapidité de leur évolution (deux ans), croit pouvoir conclure à des manifestations de syphilis tertiaire.

Ténosites du poignet au cours d'une syphilis secondaire.

Par MM. Fournier et Crouzon.

R..., 33 ans, porteur aux Halles, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de la clinique, le 18 janvier 1902, pour un chancre du fourreau de la verge; ce chancre est situé sur la peau du fourreau au niveau de la racine de la verge, il forme une érosion des dimensions d'une pièce de un franc, couleur rouge sombre; l'induration sous-jacente est très nette et il s'accompagne de ganglions inguinaux volumineux; il présente donc les caractères du chancre syphilitique typique.

Dans les premiers jours de février, apparaissent une éruption sur le tronc et des douleurs dans les membres. Le malade accuse les premières douleurs le lundi 3 février, on découvre sur lui l'éruption le mardi 4 février.

L'éruption, comme le chancre, est caractéristique : syphilides papuleuses, de volume moyen, de couleur éteinte, jambonnée sur la partie inférieure du tronc.

Les douleurs des membres siègent dans les membres supérieurs et inférieurs; elles sont nocturnes, plus vives après dix heures du soir. Au poignet droit, la douleur est vive, le malade ne peut faire spontanément aucun mouvement sans douleur. Les mouvements provoqués du poignet sont peu douloureux. La douleur est réveillée à la pression un peu au-dessus du poignet sur l'avant-bras, surtout sur le bord radial. On voit à ce niveau une rougeur légère et une tuméfaction allongée dans le sens du membre. La rougeur, la tuméfaction et la douleur commencent au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras et s'étendent jusqu'à la troisième phalange de l'index et jusqu'à la deuxième phalange du pouce. Si l'on provoque des mouvements du pouce et de l'index, la douleur est réveillée. La pression ne provoque aucune crépitation au niveau des parties tuméfiées; on ne constate qu'un léger empâtement. Tous ces caractères font de cette localisation une synovite des tendons long abducteur, court fléchisseur du pouce et radiaux.

On constate au niveau du coude droit une légère douleur à la pression de l'interligne articulaire en arrière.

On trouve à la pression du genou gauche et du tendon du biceps, au niveau de la tête du même côté, une douleur à la pression. Pas d'épanchement. Légère douleur analogue du côté droit, sans épanchement. Les autres articulations sont normales.

Le malade a 39°,4 de température, le 5 février, soir.

Depuis cinq, six jours, il ressent des maux de tête surtout la nuit : douleurs frontales et oculaires.

Il n'a pas de maux de gorge. Le malade sue la nuit depuis deux mois, mais ce symptôme ne s'est pas accentué les jours derniers.

Les urines sont claires, non sédimenteuses.

On constate une poussée de vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure.

Le malade n'a pas de blennorrhagie et n'en a jamais eu. Il n'a jamais été malade.

Le père est vivant, bien portant, souffre de douleurs articulaires. La mère est morte d'un cancer de l'utérus à quarante-neuf ans.

Un frère épileptique. Une sœur bien portante. Quatre frères et sœurs morts de cause inconnue en bas âge.

Le 5 février, on donne au malade un traitement mercuriel intensif : injection de biiodure d'hydrargyre de 0,004 milligrammes quotidienne et 2 grammes KI. Pendant trois jours on lui donne 4 grammes de salicylate de soude qui n'amènent aucune sédation. On substitue au biiodure les frictions mercurielles pendant trois jours, puis les injections de calomel hebdomadaires.

Le 15 février, il ne restait plus qu'une légère tuméfaction des tendons du côté radial du poignet droit. Les douleurs des genoux, des coudes avaient disparu.

Le malade accuse du côté gauche une douleur du poignet analogue à celle du côté droit. La localisation par la pression est la même : bord radial et face dorsale du poignet.

Traitement continué : on y ajoute 4 grammes de salicylate de soude.

Les jours suivants, la tuméfaction apparaît ; elle revêt les mêmes caractères que celle du côté opposé : synovite des tendons long abducteur, court extenseur et radiaux.

Peu à peu la tuméfaction des tendons droits disparaît à mesure que s'accentue la tuméfaction des tendons gauches. Les autres articulations sont libres. La température reste élevée.

Au cœur, on entend au niveau de la pointe un souffle systolique léger et doux, ne se modifiant pas par le déplacement du malade.

Le 3 mars, on fait au malade une piqûre d'huile grise.

Le même traitement, iodure et salicylate, est continué.

L'amélioration du malade est lente, mais progressive.

La roséole et le chancre ont complètement disparu.

La synovite syphilitique est rare. Elle a été décrite par Verneuil (*Gaz. hebdomadaire*, 1868), Fournier (*Gaz. hedomadaire*, 1868), Chouet (thèse 1874), Roch (thèse 1874), Vinay (Synovite syphilitique secondaire. *Annales de dermatologie*, 1880), Mauriac (Leçons sur les maladies vénériennes), Du Castel (*Annales de dermatologie*, février 1896). Il est donc intéressant de relater une observation de ce genre.

Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire.

Par MM. Fournier et Crouzon.

N..., 24 ans, photograveur, entré à l'hôpital Saint-Louis, service de la clinique, le 4 mars 1902 ; a été atteint au mois de décembre dernier (1901) d'un chancre du sillon balano-préputial dont la guérison a duré trois semaines, qui n'a pas été suivi de bubon suppuré de l'aine.

Quinze jours après l'apparition du chancre, fin décembre, est apparue la roséole ; elle était disparue en dix à quinze jours.

Vers le 20 janvier, une deuxième éruption apparaît sur le tronc et sur les membres et en même temps qu'elle des douleurs dans les articulations.

Actuellement, 5 mars, le malade entre à l'hôpital, accusant les mêmes phénomènes : éruption et douleurs articulaires.

L'éruption est généralisée, occupe le front, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs : elle est plus accusée cependant à la partie inférieure du tronc et aux membres inférieurs. Elle se compose actuellement de macules que le malade dit avoir été légèrement saillantes. Leur coloration est jambonnée ; leurs dimensions varient de celles d'une pièce de dix sous à celle d'une pièce de vingt sous ; un grand nombre sont ovalaires. Le malade ne présente aucune lésion des muqueuses. — On constate sur lui les cicatrices étendues d'une brûlure de la face antérieure de la cuisse droite et les cicatrices de brûlures contemporaines sur le scrotum : ces dernières sont lisses et ont amené une décoloration du scrotum sans rétraction.

Les douleurs articulaires, depuis un mois et demi, ont varié de siège : elles occupent les genoux, les coudes et les épaules tour à tour. Elles sont très légères et n'ont pas empêché le malade de vaquer à ses occupations ; elles ne sont pas plus marquées la nuit que le jour.

On constate aujourd'hui qu'elles siègent dans les deux genoux ; la palpation du genou y révèle la présence du choc rotulien très léger : il y a donc une petite quantité de liquide dans l'articulation.

Elles existent encore dans les deux épaules, surtout l'épaule droite. On trouve à ce niveau une saillie visible sur la partie antérieure du noyau de l'épaule, saillie qui se prolonge vers la face externe du bras. On constate une fluctuation profonde. Du côté gauche, on réveille à ce même point une légère douleur, mais il n'existe pas de tuméfaction.

Les autres articulations sont normales.

Rien au cœur.

Pas de température.

Rien dans les urines.

Aucun antécédent rhumatismal. Le malade n'a jamais eu de maladie. A seize ans, il s'est fait la brûlure que nous avons constatée : il portait dans la poche de son pantalon une provision de poudre qui a pris feu.

Quoique moins rares que les synovites, les arthropathies syphilitiques sont exceptionnelles, surtout à la période secondaire. Aussi avons-nous cru devoir présenter ce malade à la Société.

Éruption bromo-iodique.

Par MM. Balzer et Lecornu.

Le 9 février 1902, Mme C... conduit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, son fils âgé de 13 mois, présentant une éruption sur la nature de laquelle le médecin traitant est hésitant.

Cette éruption, comme le représentent les photographies faites dans le laboratoire de M. Gastou, siège surtout à la face, sur les deux joues et le menton, à la partie supérieure des fesses et à la face postéro-externe des cuisses et des mollets. Le reste du corps est à peu près indemne ; on observe seulement quelques éléments éruptifs discrets sur le tronc et sur le front; enfin deux boutons symétriquement disposés à la face externe des deux bras.

Tous ces éléments éruptifs sont analogues : ce sont de gros boutons de couleur rouge foncé ou violacé, très surélevés, arrondis, larges, ressemblant à des macarons rouges qu'on aurait collés sur la peau; les plus petits ont 5 à 6 millimètres de diamètre, les plus gros 1 à 2 centimètres. En quelques endroits et en particulier sur la joue droite et sur la face externe de la cuisse droite, les boutons plus nombreux se sont réunis par leurs bords et forment des placards à contours sinueux. Ces masses saillantes sont d'une consistance assez ferme; la pression, qui n'est pas douloureuse, en fait sourdre un léger suintement, mais non du pus comme sembleraient l'indiquer de petits points jaunâtres d'apparence purulente que l'on entrevoit à la surface de certains éléments. Enfin la peau sur laquelle elles reposent est saine d'apparence, non infiltrée, ni hyperémiée. Cette éruption ne paraît pas être prurigineuse : l'enfant ne se gratte pas et ne présente nulle part de traces de grattage.

A côté de ces éléments éruptifs si particuliers, on observe entre les deux épaules et sur le côté gauche du cou d'autres éléments dont les caractères sont bien différents : un placard de petites papules de 2 à 3 millimètres de diamètre, rosées, surmontées à leur centre de vésico-pustules du volume d'une tête d'épingle et remplies de sérosité ou de pus.

L'état général du petit malade est excellent. Nous repoussons le diagnostic de pemphigus porté précédemment et nous pensons qu'il s'agit d'une toxicodermie médicamenteuse. Notre enquête nous apprend, en effet, que l'enfant, qui avait été bien portant jusqu'au mois de janvier dernier, a présenté vers cette époque quelques troubles digestifs et nerveux pour lesquels un médecin a fait diverses prescriptions.

D'après les ordonnances que la mère a conservées, l'enfant aurait pris du 8 au 11 janvier, 50 centigrammes par jour de bromure de sodium ; du 11 au 16, 50 centigrammes de bromure de sodium et 25 centigrammes d'iodure de sodium par jour ; enfin à partir du 16 janvier, 25 centigrammes par jour de bromure de sodium.

C'est le 28 janvier seulement que l'éruption aurait commencé à apparaître sous forme de papulo-pustules analogues, au dire de la mère, à celles qui ont été observées entre les deux épaules et qui se seraient développées progressivement jusqu'à devenir ces larges papules que nous avons décrites. Depuis le 28 janvier, l'enfant n'a plus pris de bromure, mais on lui a prescrit du sirop de raifort iodé et du vin iodotannique.

L'éruption observée est donc bien une éruption médicamenteuse et nous pensons que les éléments caractérisés par des placards saillants en macarons sont le fait d'une intoxication bromique. Il existe déjà au musée de l'hôpital Saint-Louis un moulage dû à M. Feulard (1), intitulé toxicodermie bromo-potassique, qui présente de grandes analogies avec notre cas.

L'éruption, dont l'observation a été publiée dans le Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (2), était caractérisée par des boutons papillomateux et végétants localisés aux fesses et à la face postérieure des cuisses; elle avait pu faire songer à des syphilides muqueuses hypertrophiques et était apparue quinze jours après l'administration du médicament chez un enfant de dix-sept mois auquel on avait prescrit 25 grammes de bromure de potassium à la dose quotidienne de 50 centigrammes à 1 gramme.

Dans notre cas, l'éruption est apparue vingt jours après le commencement du traitement bromuré et l'enfant ne prenait que 50 centigrammes de bromure de sodium par jour.

Pour ce qui est du groupe de papulo-pustules observé entre les deux épaules et qui est d'apparition beaucoup plus récente, nous nous demandons s'il n'est pas plutôt une éruption iodique, provoquée par le sirop iodotannique et le sirop de raifort iodé prescrits dans les derniers jours. Ce qui nous confirme dans cette opinion, bien que la mère prétende que les larges papules aient débuté par des papulo-pustules analogues, c'est que ces papulo-pustules tant que nous les avons observées sont restées identiques et n'ont eu aucune tendance à prendre l'aspect végétant des éléments bromiques.

Comme traitement, nous nous sommes contentés de supprimer toute médication pouvant être toxique, de prescrire le lait et des alcalins à l'intérieur et quelques bains simples. Les placards ont rétrocédé et lorsque l'enfant nous a quitté le 10 février il ne paraissait pas devoir conserver de cicatrices. C'est d'ailleurs ce qui s'était produit dans le cas de Feulard, où les placards disparurent sans laisser d'autres traces que des macules brunâtres.

En résumé, l'éruption bromique se présentait chez cet enfant avec les caractères déjà signalés en pareil cas, et les deux moulages déposés par M. Feulard et par nous au Musée de l'hôpital, se ressemblent d'une manière frappante. Il nous a semblé aussi que le type papuleux hypertrophique appartenait plus spécialement à l'éruption bromique et nous avons relevé le contraste que présentait à ce point de vue l'éruption attribuable à l'iode chez notre petit sujet. Cependant nous ne voudrions pas, avec les grandes ressemblances que présentent les iodides et les bromides, affirmer sans

(1) Musée de l'hôpital St-Louis, moulage 1611. Feulard. Toxicodermie bromo-potassique. Éruption papillomateuse végétante simulant des syphilides muqueuses hypertrophiques. Avant le traitement. — Moulage 1645. Le même, après le traitement.

(2) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1891.

réserves que l'on puisse ainsi déterminer ce qui doit être attribué dans une éruption médicamenteuse, soit au brome, soit à l'iode. Ce dernier médicament produit des éruptions d'un polymorphisme tellement varié qu'une distinction nette entre les deux éruptions médicamenteuses est réellement impossible. Nous devons encore ajouter pourtant que les papules d'origine bromique nous ont paru présenter une existence plus tenace que les éléments éruptifs d'origine iodique.

Éruption polymorphe bulleuse iodique.

Par MM. Balzer et Lecornu.

Le 14 janvier 1902, D..., âgé de 57 ans, est admis à l'hôpital Saint-Louis pour des ulcères multiples des deux jambes qui paraissent de nature syphilitique. Le malade a eu, en 1870, un chancre du prépuce et a présenté depuis des éruptions suspectes; on le soumet au traitement spécifique et on lui fait prendre une pilule de Dupuytren et 3 grammes d'iodure de potassium le 15, le 16 et le 17 janvier.

Pendant la nuit du 17 au 18, et pendant la journée du 18, le malade éprouve du malaise, une cuisson assez vive de la plaie, et une transpiration abondante. Il continue cependant son traitement.

Le 19, à la visite du matin, on constate sur les bras, les épaules et aux aisselles la présence de taches disséminées, rosées, légèrement surélevées et présentant quelques-unes à leur centre une petite vésicule remplie de liquide transparent. Ces éléments sont le siège d'un prurit intense. En même temps le malade continue à éprouver une cuisson vive de la peau, de la poitrine et des cuisses. Il se plaint de coryza et de larmoiement; les conjonctives sont congestionnées. Pensant qu'il s'agit d'une éruption iodique, on supprime le traitement spécifique. Le lendemain, 20 janvier, l'éruption s'est bien modifiée. Les éléments éruptifs localisés la veille aux bras, aux épaules et aux aisselles, se sont presque généralisés. On en observe aux avant-bras, au cou, sur la poitrine, à la face externe des cuisses; ce sont dans ces régions des papules rosées, arrondies, légèrement surélevées, du diamètre d'une pièce de 2 francs ; quelques-unes présentent à leur centre une ou plusieurs petites vésicules. Ces papulo-vésicules disséminées sont séparées par des intervalles de peau saine.

Aux bras et aux épaules on observe bien encore quelques papulo-vésicules analogues à celles observées la veille, mais la plupart se sont modifiées. Le centre des papules s'est affaissé et a pâli, tandis que les lésions s'étendaient à la périphérie. Les éléments se présentent alors sous forme de cocardes, dont quelques-unes présentent le diamètre d'une pièce de 5 francs. Leur centre déprimé et de coloration normale est entouré par un cercle concentrique de 1/2 centimètre de largeur environ où la peau est rosée, surélevée et surmontée de vésicules parfois confluentes, qui donnent lieu par leur réunion à des bulles dont quelques-unes atteignent la dimension d'une noisette. Ces cercles sont particulièrement nets à la face anté-

rieure du bras gauche ; ce sont ceux que représente le moulage qui en a été fait par M. Baretta : sur le bras et l'épaule droits, ils sont également bien dessinés, mais ils sont plus nombreux, confluents, se sont réunis par leurs bords et forment des figures variées à contours polycycliques.

La face et les mains sont respectées. La plante des pieds ne présente pas d'éléments éruptifs, mais certaines régions sont douloureuses à la pression et l'épiderme est soulevé à leur niveau ; il semble qu'il y ait là des vésicules dont l'évolution a été gênée par l'épaisseur de l'épiderme.

Le coryza, le larmoiement, la congestion des conjonctives, bien qu'atténués, persistent. Il s'agit donc bien d'une éruption bulleuse consécutive à l'absorption de l'iodure de potassium. La susceptibilité du malade vis-à-vis de ce médicament ne s'explique par aucune lésion des organes ; les artères paraissent bien légèrement sclérosées, mais le cœur est normal ; les urines ne renferment aucune trace d'albumine ; il n'y a pas d'antécédents hépatiques ni rénaux.

Toute médication étant supprimée, on prescrit les alcalins et le lait. On crève les bulles les plus volumineuses avec une aiguille flambée et on poudre largement à l'amidon.

Les jours suivants les bulles et les papules disparaissent sans laisser d'autres traces qu'une légère teinte violacée, d'ailleurs passagère. Dès le 22 janvier on redonne au malade les pilules de Dupuytren et il sort guéri dans les premiers jours de février.

Nous présentons cette observation comme un exemple remarquable d'érythème polymorphe iodo-potassique, avec ces larges papules arrondies en cercles, bulleuses, etc... nettement reproduites dans le moulage de M. Baretta. Le fait a été remarquable encore par les phénomènes prémonitoires qui ont précédé l'éruption.

Sur une corne de la paupière d'un enfant.

Par MM. Ch. Audry et Dalous.

Nous avons excisé du milieu de la paupière inférieure droite d'un enfant de neuf ans, une petite corne ; elle était constituée par quatre petits prolongements filiformes, d'une couleur jaunâtre, longs de 0,03 environ, implantés côte à côte sur une base surélevée large de 0,005 et circulaire.

L'apparition de cette production remontait déjà à plusieurs années ; l'enfant, sauf une gale vulgaire, ne présentait par ailleurs aucune anomalie tégumentaire, ni sur la face, ni ailleurs.

La pièce, fixée par l'alcool, a été incluse, coupée et examinée soigneusement, comparativement à d'autres pièces provenant de cornes séniles ordinaires. Entre les unes et les autres, nous n'avons pu constater aucune différence structurale appréciable. Chacun des prolongements avait, dans ce cas, conservé son individualité de la base au sommet ; il était constitué par un axe papillaire, vasculaire et conjonctif, extrêmement mince et délicat, et je n'ai rien vu qui permît de leur appliquer la dénomination de fibrokératome. L'extrémité de la paroi papillaire était représentée par un tissu

presque amorphe, semé de globules rouges anciens. Le revêtement épithélial était, comme d'habitude, formé d'un grand nombre de couches de cellules épineuses dont les plus superficielles offraient de la manière la plus nette la « hornmarkbildung » de Unna, le tout recouvert de strates cornées. En somme, une corne type tout à fait ordinaire.

L'intérêt du fait réside d'abord dans le jeune âge du porteur. Mitvalsky, parmi les faits qu'il a réunis, mentionne l'observation d'un enfant de trois ans. On sait d'ailleurs que la paupière est un lieu d'élection pour les productions de ce genre. Il est à noter que la jeunesse du sujet n'a exercé aucune influence sur la structure de la pièce identique à une corne sénile.

J'ai dit que le « fibrokératome » paraissait absent, si tant est qu'il ait une existence réelle. J'ajoute qu'il est rare de retrouver isolés et individuels tous les prolongements épithélio-papillaires dont l'agglutination constitue les cornes ordinaires.

Au reste, nous ne pouvons ni ne voulons en tirer de conclusion relative au point de départ papillaire ou épithélial de cette petite néoplasie. On peut se demander si des dispositions congénitales ne jouent pas un rôle dans l'origine d'une semblable lésion observée sur un sujet de cet âge, et, à ce titre, nous sommes portés à la rapprocher des nævi, sans vouloir, du reste, la confondre avec eux.

Où se prennent les maladies vénériennes ? (Deuxième note)

Par M. Ch. Audry.

J'ai communiqué à la Société, en novembre dernier, une première statistique portant sur l'origine des affections dites vénériennes contractées par une série de 100 hommes qui se sont présentés consécutivement à la Clinique. Voici les renseignements obtenus des cent malades qui les ont suivis.

Le total compte :

Blennorrhagies	72
Syphilis	19
Chancres simples	9

Sur ces cas, 17 viennent de l'extérieur, 83 sont originaires de Toulouse.

Blennorrhagies, 72, dont :

Pour la prostitution surveillée	22
Pour la prostitution libre	27
Pour la prostitution douteuse mais la plus basse	13
D'origine indéterminée	10

Syphilis, 19 cas.

2 sont d'origine extra-génitale,
4 sont d'origine indéterminée,
9 proviennent de la prostitution surveillée,
4 proviennent de la prostitution libre.

Chancre simple, 9 cas.

Prostitution surveillée	5
Prostitution libre	1
Prostitution douteuse	3

Au total, sur 100 cas :

14 cas d'origine indéterminée,
2 extra-génitaux.
36 provenant d'une prostitution assurément soumise à la surveillance,
32 provenant d'une prostitution libre,
16 provenant d'une prostitution douteuse, mais appartenant à la plus basse catégorie (bonnes de café borgne, raccrocheuses de une ou deux rues spéciales).

L'examen de cette série confirme exactement ma première note : Plus de 50 pour 100 des maladies qui font l'objet de cette statistique ont été contractées auprès de prostituées surveillées assurément, surveillées probablement, ou qui devraient l'être.

Il apparaît donc que cette surveillance n'est pas parfaite, ou est mal faite. J'ajoute que cette conclusion n'est nullement spéciale à Toulouse : Sur les 17 cas contractés en dehors de cette ville, j'en trouve 9 provenant de bordels d'autres villes. Il est très vrai que la plupart de ces derniers faits sont fournis par des trimardeurs ou autres pauvres diables ; mais il n'y a pas de raison pour que les maisons de tolérance de bas étage ne soient pas aussi bien surveillées que les autres.

Je répète que si les règlements actuellement *en vigueur* (ô ironie !) étaient convenablement exécutés, on pourrait facilement obtenir une diminution de plus du tiers dans le nombre des maladies vénériennes.

Hyperkératose circonscrite des doigts chez un syringomyélique.

Par MM. Ch. Audry et Dalous.

Voici l'observation d'un individu, très vraisemblablement atteint de syringomyélie, qui présente des troubles dans la kératinisation de la peau des doigts. Les altérations de ce genre au cours des tropho-

névroses cutanées sont fréquentes et très connues. L'hyperkératose qui entoure les maux perforants en constitue un exemple tout à fait vulgaire, et il serait facile d'en donner d'autres exemples. Cependant, au cours de la syringomyélie, on les note très rarement : il est permis de croire que l'attention est absorbée par des troubles habituellement beaucoup plus intenses, si fréquents au cours de cette maladie, et qui font ici défaut. On doit d'ailleurs se demander si les hyperkératoses circonscrites qui ont pour siège quelques points limités de quelques doigts d'une seule des mains, ne sont pas déterminées par des influences complexes ; en d'autres termes, il est à croire que les irritations professionnelles déterminent une hyperkératose réactionnelle qui ne se produirait pas chez un sujet sain, mais qui, d'autre part, ne serait peut-être pas apparue en l'absence d'une provocation locale.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Nourri au sein, a marché d'assez bonne heure; pas de maladies dans la première enfance. A dix ans, une affection pulmonaire aiguë. Dès l'âge de douze ans il commence à travailler, il était alors assez robuste, bien que depuis deux ans environ auparavant il eût une certaine tendance à se voûter. Quand il commença à travailler, occupé à porter des ardoises dans des seaux, il devint assez rapidement bossu. Sa gibbosité s'accrut progressivement, elle s'accentua fortement vers l'âge de dix-sept ans; à vingt ans elle était complète, telle qu'elle existe actuellement.

A dix-sept ans il commença à remarquer un gonflement des doigts des mains, gonflement qui augmenta lentement, devint très considérable, et remonta jusqu'au niveau du coude au bout d'un mois. Ne souffrant pas, il continua son travail; le gonflement disparaissait quelquefois, puis reparaissait tantôt plus marqué à une main, tantôt à l'autre. Jamais de douleurs spontanées, quelques mouvements étaient légèrement douloureux. Le médius et l'annulaire de chaque main se fléchirent alternativement. Au bout de deux mois environ survint une courte rémission spontanée. Mais les mêmes phénomènes reparurent, l'annulaire et le médius de chaque main se fléchirent, les mains présentèrent de nouveau du gonflement, et au bout de peu de temps survinrent des ulcérations douloureuses au niveau des plis de flexion des doigts (la peau de cette région était sciée par les anses des seaux remplis d'ardoises que portait le malade).

Ne se trouvant plus assez fort et gêné par les déformations des doigts, il abandonna son métier vers dix-huit ans et se fit colporteur. Les plaies se cicatrièrent, mais les doigts restèrent gros jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, la peau était encore très épaissie. Les doigts diminuèrent à partir de ce moment et le tégument reprit son aspect normal. sauf en deux points : à la main gauche, la pulpe de la phalangette du médius, et sur le bord radial de la phalangette de l'annulaire près de l'ongle. A ce niveau se formèrent des sortes de durillons à croissance très rapide atteignant environ deux à trois millimètres d'épaisseur en quinze ou vingt jours. Ces durillons reparaissent toujours aux mêmes points, le malade les écaille d'un

coup d'ongle quand ils deviennent gênants ; il n'y a jamais eu de plaie au-dessous d'eux.

C'est vers l'âge de vingt-deux ans que le malade a remarqué qu'il ne sentait plus les douleurs provoquées par les brûlures, à la main droite surtout.

État actuel. — Le malade est venu à la consultation pour faire soigner de volumineux furoncles. Il déclare n'avoir pas été malade depuis son enfance (cf. antécédents); il n'a jamais eu de douleurs spontanées en aucun point du corps. Appareils digestif, respiratoire, circulatoire, normaux. Il présente à étudier un certain nombre de déformations : 1° Tout d'abord une cyphose dorsale avec scoliose à grand angle dont la convexité est à droite.

2° Les mains sont atteintes de déformations assez complexes.

Main droite. — Pouce: pas de déformation, atrophie marquée de l'éminence thénar.

Index : les phalanges sont fléchies les unes sur les autres, le malade ne peut seul redresser le doigt, mais on peut arriver à le lui redresser presque tout à fait.

Médius : la deuxième phalange est fléchie sur la première, la troisième est en extension. Il est impossible de modifier la déformation.

Annulaire : toutes les articulations des phalanges sont ankylosées, le doigt est fixé dans la rectitude.

Auriculaire : rien à signaler que l'atrophie de l'éminence hypothénar.

La peau est épaissie, calleuse à la paume. Atrophie des interosseux. Les têtes des métacarpiens ne sont pas placées sur le même plan, une ligne qui les rejoint est courbe à concavité dorsale. Les mouvements des doigts sont très limités, et n'ont pas de précision. La main est en extension incomplète sur l'avant-bras ; il est impossible au malade de la fléchir. L'avant-bras est manifestement plus petit que celui du côté gauche ; les muscles extenseurs ont seuls conservés un peu de force. Atrophie des biceps, triceps et deltoïde : leur force est très diminuée.

Main gauche. — Pouce : ankylose de l'articulation métacarpo-phalangienne ; flexion permanente de la deuxième phalange. Atrophie de l'éminence thénar.

Index : légère flexion de toutes les phalanges.

Médius : première phalange en extension ; ankylose de l'articulation de la première avec la deuxième phalange qui est fortement fléchie ; la troisième phalange est dans le prolongement de la deuxième.

Annulaire : même déformation, sauf que la troisième phalange est fléchie sur la deuxième.

Auriculaire : flexion de la première phalange.

Ankylose de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, celle-ci est dans le prolongement de la première. — La troisième phalange est fléchie, son articulation avec la deuxième est ankylosée. L'éminence hypothénar est atrophiée.

Les quatre derniers doigts sont divisés vers le bord cubital de la main. Comme la main droite, la gauche est très amaigrie, les creux intermétacarpiens très marqués, les saillies osseuses accentuées. La peau de la paume épaissie.

A la première phalange des quatre premiers doigts on remarque un épaississement localisé, très marqué de la couche cornée. A la pulpe du pouce et de l'index se voient des phlyctènes provenant de brûlures récentes; si le malade reste longtemps sans se brûler, la couche cornée reste tout de même fort épaisse à la pulpe de ces doigts, particulièrement à l'extrémité même de la dernière phalange. A la pulpe du médius se trouve une plaque arrondie, parfaitement limitée, d'hyperkératose ; cette plaque a environ 2 à 3 millimètres d'épaisseur, sur ses bords on voit qu'elle a une structure feuilletée. Près du bord interne de l'ongle de l'annulaire existe une plaque analogue mais de forme ovalaire. Ces formations cornées croissent, paraît-il, avec rapidité ; elles se détachent assez facilement, le malade en a enlevé une devant nous, d'un coup d'ongle ; il n'y a pas d'ulcération au-dessous, la peau est lisse et rosée ; la plaque enlevée faisait une saillie d'environ 2 millimètres au-dessus de la peau avoisinante. Quinze jours après, nous avons revu le malade, la couche cornée s'était reformée et avait déjà acquis la même épaisseur. Le malade les enlève de temps à autre quand elles deviennent gênantes. Depuis vingt-trois ans, elles reparaissent constamment en ces deux points. Les plaques d'hyperkératose du pouce et de l'index n'ont pas une croissance aussi rapide parce que le malade les brûle souvent.

L'avant-bras et le bras, plus gros et mieux musclés qu'à droite, ont une certaine vigueur. Les réflexes des membres inférieurs sont conservés et normaux. Aux membres supérieurs, le réflexe du tendon du triceps existe des deux côtés, celui des tendons des fléchisseurs au niveau du poignet est aboli (rappelons que ces muscles sont frappés d'impotence fonctionnelle et très atrophiés, surtout à l'avant-bras droit).

Sensibilité : La sensibilité au tact est conservée partout.

A la douleur : elle existe à la face, au cou, à l'abdomen, aux membres inférieurs. Elle est diminuée d'une façon très sensible aux deux mains, aux avant-bras, aux bras. Il existe un retard très sensible de la perception de la douleur sur les épaules, sur la poitrine en avant et en arrière jusqu'au niveau d'une ligne qui passerait au niveau des mamelons.

L'application sur la peau d'un tube à essai contenant de l'eau froide ne provoque qu'une sensation de contact, au niveau des régions où nous avons indiqué la paresthésie. Le malade est incapable de donner aucun renseignement sur la température de l'objet froid qui le touche en ces points. Sur tout le reste du corps le froid est parfaitement perçu.

Aux mêmes régions (mains, bras, épaules et partie supérieure du thorax), un tube à essai rempli d'eau chaude éveille des sensations variables ; aux mains, la sensation de contact est seule perçue ; sur les bras et sur le thorax le malade éprouve une impression désagréable, mais non douloureuse ; il lui est impossible de dire si cette impression est due à la chaleur, à une piqûre. Comme pour la douleur, la perception est retardée, le malade ressent tout d'abord la sensation de contact, la sensation très émoussée de la douleur est perçue un certain temps après. Le malade vend une préparation destinée à coller les objets de terre ou de porcelaine ; pour montrer que les objets collés résistent à l'action de la chaleur, il les expose sur une flamme, il lui arrive alors très souvent de se brûler à l'extrémité des

doigts. Il ne reconnaît la brûlure qu'à l'odeur de roussi qui se dégage, ou bien seulement parce qu'il se forme une phlyctène; il n'en a jamais (depuis vingt-trois ans) éprouvé de souffrance. Les poils des doigts sont constamment brûlés.

Signalons enfin, pour terminer, de l'acné chéloïde de la nuque, et de l'acné vulgaris presque uniquement localisée au niveau de la convexité de la gibbosité.

Examen électrique par M. le prof. Marie. « Les réactions électriques pour tous les muscles de l'avant-bras sont conservées. Pour les muscles de la main il n'a pas été possible de poser des conclusions précises à cause de l'épaisseur de la peau et de la gêne que causent les mouvements communiqués par l'avant-bras, dès que l'on rend le courant un peu intense. »

Élections

Au cours de la séance, ont été nommés *membres titulaires* MM. JEAN FERRAS et QUEYRAT.

Le Secrétaire,

LEREDDE.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Atrophie cutanée.

Atrophie maculeuse de la peau (Beitrag zur Kenntniss der Atrophia maculosa cutis), par E. Heuss. *Monatshefte f. prakt. Dermatol.*, 1901, t. XXXII.

H. rapporte en détail deux cas d'atrophie maculeuse de la peau (anetodermie érythémateuse, Jadassohn). Après une étude critique très pénétrante des travaux qui ont été publiés sur cette intéressante question, il arrive aux conclusions suivantes :

Au point de vue clinique, cette affection survient d'une manière insidieuse, elle a une marche chronique et est caractérisée par la formation indolore de taches variant du rouge pâle au rouge bleuâtre, peu cohérentes, plus rarement de papules de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix avec épiderme plissé, d'ailleurs complètement normal, donnant au toucher la sensation d'une dépression. Ces lésions disparaissent lentement au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois en laissant dans la peau des pertes de substance blanchâtres, cicatriformes, sous-épidermiques. Le visage et le côté de l'extension des membres supérieurs ainsi que la région supérieure du tronc sont les sièges de prédilection de cette affection, qui paraît atteindre surtout les personnes du sexe féminin arrivées à l'âge moyen de la vie. Il n'y a pas de troubles subjectifs.

Histologiquement, cette affection est caractérisée par une inflammation chronique ayant pour point de départ les vaisseaux du derme et de la couche papillaire, suivie de la disparition totale, par places, de l'élastine sans aucune tendance au retour à l'état normal. Au point de vue de la pathogénie, il s'agit probablement d'une dermatose hématogène autotoxique (comme dans la tuberculose, etc.).

On trouve citées dans la science parmi les affections les plus disparates de nombreuses observations de macules atrophiques qu'on ne saurait rattacher à l'affection dont il est ici question. En outre, il y a un petit nombre de cas qui morphologiquement se rapportent tout à fait à l'atrophie maculeuse idiopathique de la peau, mais dont les uns doivent plutôt être considérés comme la conséquence accidentelle d'autres lésions générales ou locales, et dont les autres ont subi ultérieurement des modifications qui sont étrangères à l'atrophie maculeuse du derme.

Il faut donc diviser les atrophies maculeuses en deux classes :

1° Atrophie maculeuse idiopathique du derme à laquelle H. voudrait ajouter, outre ses observations, celles de Thibierge, de Jadassohn, de Galewski, de Mibelli et peut-être aussi celles de Besnier.

2° Les formes secondaires d'atrophie maculeuse du derme consécutives à des maladies des vaisseaux (Pospelow, Nikolsky, Hallopeau), à des tumeurs spécialement de nature conjonctive ;

3° Les cas avec formation consécutive de tumeurs, surtout de chéloïdes (Jadassohn, Schwimmer, Schweninger et Buzzi).

Jadassohn fait remarquer avec raison que la dénomination d'atrophie n'est pas exacte, puisqu'il ne s'agit ici que de la disparition d'un des éléments du tissu et non de la disparition de toutes les parties.

La proposition de Kromayer de désigner ces cas sous les noms de pseudo-atrophies ou d'atrophies dégénératives, est inopportune, car d'une part ils pourraient conduire à des erreurs, de l'autre ils s'appliquent plus justement aux pseudo-atrophies proprement dites, telles que les vergetures de la grossesse et les macules atrophiques de la syphilis qu'on doit séparer de l'atrophie maculeuse du derme.

Le nom d'anetodermie proposé par Jadassohn, n'est meilleur qu'en ce qu'il exprime le symptôme le plus saillant de l'affection, c'est-à-dire la sensation de dépression au toucher. Mais comme cette lésion peut aussi bien être occasionnée par la disparition du tissu élastique que par sa seule dissociation (vergetures) ou par une atrophie générale de la peau *in toto*, cette dénomination même avec l'adjonction du mot érythémateux n'est pas très heureuse; aussi H. maintient-il le terme d'atrophie maculeuse de la peau quoiqu'il ne soit pas très exact, mais qui est déjà accepté dans la nomenclature dermatologique. A. DOYON.

Chalodermie.

Altération particulière de la peau, « **Chalodermie** ». Ein Fall von eigenartiger Hautveränderung : « Chalodermie » (Schlaffhaut), par L. VON KÉTLY. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 106.

Femme de trente ans, phtisique. Vers l'âge de dix-huit ans, sa peau, jusqu'à ce moment tout à fait normale, se serait modifiée en ce sens que sur les régions fessières elle devint plus molle, se relâcha peu à peu pour finalement pendre sous forme de gros plis. Depuis cette époque cet état n'a pas changé. Le même phénomène s'est produit sur les deux seins qui jusque-là étaient tout à fait normaux, la peau qui les recouvre a subi les mêmes changements et, à présent, elle pend flasque et relâchée. Les téguments de l'abdomen et du dos présentent des modifications analogues; ils devinrent ridés et les parties molles et lâches de la peau formèrent comme de grandes masses de plis tombants. Le visage est toujours resté indemne.

Ces altérations n'ont jamais causé de douleurs, sauf une gêne légère par suite du poids de ces plis.

L'examen histologique a donné les résultats suivants : les couches supérieures de l'épiderme et du chorion sont tout à fait normales; les couches de l'épiderme sont d'épaisseur normale, l'état fibrillaire du réseau de Malpighi est bien conservé, la pigmentation un peu plus prononcée, les prolongements interpapillaires ont leur longueur habituelle; dans les papilles pas d'infiltration cellulaire; le tissu collagène ainsi que les fibres élastiques sont complètement normaux, comme nombre, épaisseur et distribution. Les lésions occupent les parties profondes du stratum réticulaire et l'hypoderme; trois points sont tout particulièrement à retenir : absence des trabécules collagènes et élastiques épaisses, dilatation considérable des

vaisseaux sanguins et finalement abondante infiltration cellulaire spéciale, diffuse qui remplit le tissu conjonctif lâche, principalement au voisinage des glandes sudoripares. Dans les points infiltrés on voit des cellules de tissu conjonctif relativement nombreuses, étoilées, multipolaires et multinucléaires, très volumineuses, dont le protaplasma est tantôt très basophile, tantôt acidophile ou à peine colorable. Ces cellules sont arrondies et remplies d'abondantes granulations acidophiles. En outre, il y a un grand nombre de cellules ordinaires de tissu conjonctif étoilées, qui se colorent très fortement.

La lésion la plus importante est la dilatation des vaisseaux et la présence dans les veines de thromboses récentes ou déjà organisées.

Il s'agit essentiellement dans ce cas d'altérations des couches les plus profondes de la peau consistant en disparition des trabécules et en altération du tissu muqueux.

Selon K., la dénomination la plus exacte pour caractériser cette maladie est celle de chalodermie (χαλαω : je relâche). Dans la cutis laxa et hyperelastica, il y a augmentation des fibres élastiques, tandis que dans la chalodermie le relâchement de la peau provient d'une augmentation d'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané. A. Doyon.

Épidermolyse bulleuse.

Contribution à l'étude de l'épidermolyse bulleuse héréditaire (Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria), par Colombini. *Monatshefte f. prak. Dermatologie*, 1900, t. XXX, p. 457.

Homme de vingt-six ans, présentant depuis l'enfance une maladie de la peau qui revient chaque année avec une régularité désespérante, principalement dans les périodes chaudes de l'année, bien que, même en hiver, elle ne disparaisse pas complètement. Elle consiste en bulles de différentes grosseurs qui surviennent principalement dans les points où la peau est exposée à une pression plus ou moins durable ou à un choc. Les mains, mais particulièrement les pieds, sont le siège le plus habituel des bulles. Leur volume et leur forme varient suivant le siège et l'intensité de l'irritation. Les régions déjà atteintes de bulles deviennent un lieu de prédilection pour des éléments éruptifs ultérieurs.

L'état général du malade est excellent, seulement il a de l'hypherhidrose de la paume des mains et de la plante des pieds. Dans la famille du malade, sur quatre générations comprenant 47 membres, 24 sont atteints de la même affection, 18 hommes et 6 femmes.

L'examen histologique des bulles et l'examen bactériologique d'un fragment de peau ont donné des résultats complètement négatifs; il en a été de même de l'étude chimique du contenu des bulles. Cette constatation chimique dans l'épidermolyse concorde avec les résultats des recherches de Tommasoli et de Reale sur le contenu des bulles de pemphigus.

L'inoculation d'une bulle intacte et récente sous la peau et dans la cavité péritonéale de lapins et de cobayes a donné des résultats négatifs.

Il y a un certain degré d'éosinophilie dans le sang (8 à 10 p. 100) et dans le contenu des bulles (18 à 14 p. 100).

D'après C., la lésion aurait son point de départ dans un processus irritatif

inflammatoire très peu caractérisé de l'épiderme. En raison de la présence de ptomaïnes ou de leucomaïnes ou de toxines dans le contenu des bulles, C. pense que l'épidermolyse serait due à une auto-intoxication qu'il faudrait rattacher à une anomalie héréditaire ; il appuie essentiellement cette hypothèse sur les recherches de Tommasoli. A. Doyon.

Forme dystrophique de l'épidermolyse bulleuse héréditaire (Ueber die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria), par Bettmann. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 323.

La forme dystrophique de l'épidermolyse bulleuse est caractérisée, outre les bulles, par la présence d'atrophies de la peau, de kystes cornés et d'altérations des ongles.

B. rapporte ensuite les observations de trois frères qui présentaient tous la même forme dystrophique. La première observation a trait à un garçon de dix-sept ans, dont la maladie aurait commencé à l'âge de douze ans sans cause appréciable et sans avoir jamais été sérieusement malade. Depuis lors l'état est toujours resté de même. Surtout pendant son travail, mais parfois aussi en apparence spontanément, il survient sur les mains des bulles à contenu clair, d'autres fois noirâtre, atteignant, principalement sur la face dorsale des mains, dans l'espace de quelques heures, la dimension d'une pièce de 5 francs en argent. Une partie de ces bulles se rompt rapidement, la plupart se dessèchent au bout de quelques jours, quelques-unes renferment un liquide purulent ; sur les pieds il existe un état semblable ; les talons sont toujours excoriés; des bulles apparaissent aussi aux genoux et aux coudes, quand le malade se heurte accidentellement. Au cou il survient des bulles sous l'influence du frottement du col. Les autres régions du corps sont constamment restées indemnes. Sur la langue et la muqueuse buccale il se produit fréquemment des vésicules, surtout immédiatement après les repas. Aux mains et aux pieds, sueurs abondantes ; l'affection de la peau serait aussi accusée en hiver qu'en été. Sur les mains, les avant-bras et le visage, nombreuses pigmentations semblables à des éphélides mais plus foncées. Presque tous les ongles des doigts et des orteils sont friables, rongés, rabougris, effeuillés. L'ongle de l'index droit manque complètement ainsi que celui du troisième orteil gauche. Leucoplasie très accusée et étendue sur la muqueuse buccale, en outre plusieurs érosions ainsi que sur les côtés de la langue. Les organes internes et le système nerveux sont intacts ; pas de modifications de la sensibilité de la peau. L'urine ne renferme pas d'éléments anormaux. Cellules éosinophiles de 6 à 8 p. 100.

Les deux frères du malade présentent des lésions analogues, plus ou moins étendues ; les altérations unguéales sont très caractérisées ; chez l'un d'eux presque tous les ongles des orteils manquent.

Les trois frères malades sont les seuls membres de la famille ayant les cheveux rouges.

Deux frères, une sœur et le père sont tout à fait indemnes.

Le traitement a été sans action sur la formation des bulles. L'arsenic et l'atropine à l'intérieur, des lavages et des bains avec différentes additions (bains locaux avec du tannin ou de l'encre), des applications d'acide chromique et d'acide picrique, tout est resté sans résultat.

Les expériences que B. a faites pour provoquer artificiellement des

bulles lui ont démontré qu'elles ont pour cause un manque d'adhérence soit entre les différentes couches de l'épiderme, soit entre l'épiderme et le réseau de Malpighi. A. Doyon.

Kératome.

Kératome héréditaire palmaire et plantaire (Zur Kenntniss des Keratoma hereditarium palmare et plantare), par H. Vörner. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 3.

Les observations de V. se rapportent à une famille dans laquelle on a constaté cette maladie dans quatre générations sur 40 membres; 16 avaient hérité de cette affection sur les mains et sur les pieds. Elle est caractérisée par un épaississement considérable et à délimitation très nette de la couche cornée de la paume des mains et de la plante des pieds, lequel a envahi également tous les doigts et tous les orteils; cet épaississement est en général d'un demi-centimètre à un centimètre. L'affection est sous tous les rapports absolument symétrique.

Les surfaces malades sont sillonnées de crevasses, les unes superficielles (donnant à l'affection l'aspect d'une fine mosaïque), les autres plus profondes forment des quadrillages de forme polygonale qui rappellent la peau de certains reptiles.

Sur les parties atteintes, la sécrétion sudoripare est beaucoup plus prononcée que sur les régions indemnes. Au toucher, ces points donnent l'impression d'un cuir de semelle très humide; la sensibilité tactile et thermique y est normale. Le reste de la peau est absolument normal.

Au moment de leur naissance la peau de ces enfants est tout à fait normale et ce n'est qu'après deux à quatre semaines que la couche cornée commence à devenir plus dure, le bord des mains et des pieds présente une zone rouge. L'épaississement de la couche cornée se produit très lentement; pendant l'enfance on n'observe jamais la chute de la couche cornée épaissie. La chaleur et le froid, les différentes saisons de l'année n'exercent aucune influence sur cet état. Cette affection persiste pendant toute la vie sans modification.

De l'examen histologique, il ressort que c'est l'épiderme qui est le siège des lésions les plus importantes, quant à l'épaississement, à l'extensibilité ainsi qu'en ce qui concerne chaque couche et ses éléments cellulaires. Le développement des cellules depuis le réseau de Malpighi jusqu'au stratum corneum se fait normalement. Il n'existe pas de signes d'inflammation.

D'après V., on devrait regarder cet état comme une prolifération géante de l'épiderme, rappelant tout à fait la structure de l'épiderme des surfaces plantaires de certains plantigrades (ours). Les lésions qui entourent les canaux des glandes sudoripares sont évidemment dues, ainsi que le montrent leur localisation et l'hyperidrose observée dans tous les cas, à l'imbibition du réseau de Malpighi par la sueur qui pénètre dans le protoplasma des cellules et y forme des gouttelettes semblables à des vacuoles.

Ce cas montre une fois de plus que le kératome palmaire et plantaire se transmet héréditairement de génération en génération et, ce qu'il y a de très caractéristique, c'est la fréquence avec laquelle il survient chez les membres d'une même famille (en moyenne 50 p. 100). Dans ce cas, les membres mâles de la famille étaient seuls atteints. A. Doyon.

Médicamenteuses (Éruptions —).

Éruption nodulaire et fongoïde d'origine bromique (Bromoderma nodosum fungoides), par Pini. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LII, p. 163.

Femme de cinquante et un ans, atteinte, depuis quinze ans, de crises de nerfs à la suite de la mort subite de son mari; depuis quatorze ans elle prend du bromure à doses très variables, de 3 à 12 grammes par jour, sans inconvénient pour sa santé. Il y a environ quinze jours, la malade ressentit d'abord un malaise général, de l'inappétence, de la lassitude, du prurit sur tout le corps et dès le lendemain elle remarqua sur le dos des mains des nodosités rouges très douloureuses. Au moment de son entrée à la clinique on note l'état suivant : la peau est flasque, sèche, en desquamation, le pannicule adipeux très diminué, les muscles flasques, les muqueuses pâles. Les lésions de la peau sont limitées aux mains et à la région radiocarpienne, bilatérales et presque symétriques. Elles sont constituées par des éléments de formes différentes dont quelques-uns renferment un contenu séro-purulent, tandis que d'autres sont solides et assez durs. Leur volume varie de celui d'un grain de maïs à celui d'une demi-noisette; ils sont entourés d'une aréole foncée, quelques-unes rouge livide.

Le traitement consista en bains chauds et en enveloppements avec des solutions boriquées à 3 p. 100; en outre, régime lacté, alcalins et suppression du bromure de potassium. Tous les malaises disparurent. On revint ensuite au bromure en commençant par de petites doses, sans qu'il se produisît une aggravation des lésions cutanées, mais les grosses tumeurs ne cédèrent que très lentement, en laissant un épaississement de la peau et une forte pigmentation.

Pour l'examen histologique, on enlève de l'avant-bras gauche une nodosité de 4 centimètres de diamètre et de 2 centimètres d'épaisseur. La tumeur arrive presque jusque dans l'épiderme, elle occupe le derme tout entier et elle atteint jusqu'au pannicule adipeux qui est peu modifié. L'épiderme a presque partout perdu son aspect normal et sa structure. Des prolongements épidermiques déformés alternent avec des papilles hypertrophiées et pénètrent dans le derme sous forme de coins minces. On peut, en allant des papilles au pannicule adipeux, distinguer trois zones : la zone supérieure est caractérisée principalement par l'ectasie et la prolifération des vaisseaux; la zone moyenne, la plus étendue, par une infiltration surtout leucocytaire; la zone profonde, constituée par les mêmes éléments que les deux autres zones, renferme surtout de nombreuses cellules de tissu conjonctif. En même temps il existe une épidermidose végétante et en quelques points une périendartérite et une périendophlébite diffuses.

Dans les premiers jours du séjour à la clinique, le nombre des hématies oscillait entre 3 195 000 et 4 000 000; celui des leucocytes était en moyenne de 10468, soit une proportion de 1 à 334. Il est donc certain que pendant l'acmé de ses lésions cutanées, la malade présentait à un degré léger de l'anémie et de la leucocytose. Il y avait 10 p. 100 d'éosinophiles, 75 p. 100 de leucocytes éosinophiles polynucléaires, 20 p. 100 de mononucléaires. Dans le pus des grosses nodosités fongueuses des mains, P. trouva aussi une notable augmentation des cellules éosinophiles.

De ses recherches, P. déduit que, sous l'influence du bromure de potassium, il s'est développé une angiodermatose de type fongueux. La pathogénie de cette angiodermatite intense s'explique selon lui par ce fait que le bromure arrive par la voie sanguine dans la peau et y provoque des lésions qui sont principalement de nature angiophlogistique. A. Doyon.

Érythème gyroïde, papuleux et bulleux, provoqué par l'usage interne de la solution de Fowler (Ueber ein durch den internen Gebrauch von Solutio Fowleri entstandenes Erythema gyratum, papulosum et bullosum), par J. Neumann. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1901, p. 1145.

Homme de trente-sept ans, traité pendant longtemps sans succès d'une furonculose. N. prescrit la liqueur de Fowler à la dose de trois gouttes deux fois par jour en augmentant d'une goutte tous les quatre jours, jusqu'à vingt gouttes par jour en deux fois et en diminuant ensuite les doses d'une goutte jusqu'à six gouttes par jour.

Au bout de quatre semaines le malade éprouva des sensations de brûlure à la plante des pieds. Après qu'il eut pris 40 grammes de liqueur de Fowler, c'est-à-dire 40 centigrammes d'acide arsénieux, il survint un exanthème aux mains, aux pieds, à la face interne des cuisses, au scrotum, au pourtour de l'anus et au visage.

Le visage est rouge, boursouflé, les paupières sont tuméfiées, œdématiées et recouvertes de croûtes minces; le scrotum présente les mêmes lésions. A la face interne des cuisses, vésicules confluentes, à contenu séreux. La partie antérieure de la paume des mains et de la plante des pieds est tuméfiée, l'épiderme est soulevé sous forme de bulles, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs en argent. La surface dorsale des orteils présente des plaques rouges, saillantes, circonscrites.

Au bout de douze jours la rougeur et la tuméfaction disparurent, il ne reste qu'une légère défurfuration. A la paume des mains et à la plante des pieds les bulles se sont transformées en callosités épaisses, jaune safran.

Chez ce malade l'arsenic paraît avoir été la seule cause de cette éruption. D'autre part, il est probable qu'il s'agit ici d'une idiosyncrasie contre l'arsenic, comme on l'observe pour d'autres médicaments. A. Doyon.

Iododerme tubéreux fongoïde (Ueber Jododerma tuberosum fungoides), par O. Rosenthal. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 3.

Jeune fille de vingt-neuf ans, atteinte depuis très longtemps de crises d'asthme, pour lesquelles elle a pris ces dernières années exclusivement de l'iodure de potassium. En janvier 1899, plusieurs tumeurs surviennent sur le visage. La couleur de ces tumeurs est brunâtre, leur consistance dure, spongieuse. Dès la cessation du traitement iodé, les tumeurs se dessèchent et il se forme des croûtes brunâtres, volumineuses. Quatre semaines plus tard il ne reste plus à la place des tumeurs qu'une pigmentation brun clair.

L'examen histologique a montré une tumeur de granulation inflammatoire, située dans le mésoderme, accompagnée d'hyper et de parakératose et présentant une grande tendance à la métamorphose régressive. Mais ce qui mérite tout particulièrement l'attention et ce que Unna avait déjà indiqué, c'est le nombre considérable et la multiplicité des bactéries. Les plus nombreuses sont les staphylocoques, puis les diplocoques; les streptocoques sont peu nombreux. Parmi les bacilles on reconnaît parfois presque en culture

pure, en différents points, principalement dans les canaux excréteurs des glandes sébacées, le microbacille de la séborrhée de Sabouraud ou acne bacillus de Unna. Les bactéries occupent les parties profondes de la couche cornée.

R. pense que, outre l'irritation des nerfs vaso-moteurs provoquée par l'iode, il faut très probablement encore faire intervenir dans l'étiologie de cette variété d'exanthème iodique la présence des bactéries qui, peut-être en raison de la modification de leurs propriétés biologiques sous l'action de l'iode, peuvent provoquer cette forme tubéreuse spéciale de l'éruption.

R. propose de remplacer la dénomination d'iododerme anthracoïde adoptée par les auteurs, par celle d'iododerme tubéreux fongoïde. A. Doyon.

Parasites animaux.

Ixodes Ricinus (De houtluis — houtteeck — elsluis), par B. Jelgersma. *Medisch Weekblad van Noord-en-zuid-Nederland*, 1901, n° 24, p. 225.

J. relate un cas où il a vu l'insecte, se tenant fortement sur la jambe d'une vieille femme, pendant quelques jours. Quoique ce parasite soit très rare chez l'homme, J. a eu l'occasion de l'observer quelques autres fois chez des enfants et lui-même a été autrefois l'hôte involontaire de cet abominable visiteur. En outre, il l'a vu souvent chez des chiens et chez des putois, surtout dans les contrées où se trouvent beaucoup d'aunes. L'insecte n'est dangereux pour l'homme que lorsqu'il est arraché brusquement, car dans ce cas ses mandibules peuvent se rompre et rester dans la peau, où elles produisent des réactions inflammatoires et des ulcérations torpides. Pour cette raison, J. conseille de déposer une goutte d'huile de pétrole, de térébenthine ou de naphte sur l'animal, on le voit se retirer aussitôt. J. v. d. Wyk.

Dermatose produite par le Paederus Peregrinus (Huiduitslag veroorzaakt door de paederus peregrinus Fabr.), par A. G. Vorderman. *Geneeskundig Tijdschrift van Ned. Indie*, 1901, t. II, p. 282.

Au cours d'une tournée d'inspection, V. a vu de petits insectes qu'il ne connaissait pas, produire une dermatose caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction, des sensations de picotement, et la formation de vésicules et de bulles se desséchant pour former des croûtes. La toxine inoculée par l'insecte dans la peau serait probablement la cantharidine (toxine des Lyttei). Un zoologiste lui a déclaré que l'insecte était le paederus peregrinus Fabr. Jusqu'alors on ignorait sa présence dans les Indes-Néerlandaises, et la faculté qu'il a de provoquer des dermatoses. J. v. d. Wyk.

Pemphigus.

Pemphigus chronique (Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als : Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis), par C. Grouven. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 35, 247 et 419.

G. montre d'abord que la plus légère différence dans les symptômes du pemphigus a été regardée comme caractérisant une variété spéciale, par suite on a été amené à créer de nouveaux types de cette affection. Il en est résulté et une plus grande complication dans la notion du type pemphigus et une certaine obscurité dans ce qu'on doit entendre par pemphigus chronique.

La chronicité du pemphigus est caractérisée par des poussées répétées de nouvelles éruptions bulleuses, soit avant ou peu après la guérison des efflorescences existantes, soit à de plus grands intervalles séparés par des périodes d'accalmie. Toutefois, il est impossible de dire d'une manière absolue quand une maladie cesse d'être aiguë et commence à devenir chronique. Il en résulte que des cas de pemphigus à marche subaiguë sont rangés par les uns dans le pemphigus aigu, par les autres dans le pemphigus chonique.

Malgré toutes les différences dans la marche et les symptômes des différents cas, G. croit qu'on peut établir quatre types qui se différencient suffisamment par leurs symptômes et leur évolution : 1° le pemphigus vulgaire ; 2° le pemphigus foliacé de Cazenave ; 3° le pemphigus végétant de Neumann ; 4° la dermatite herpétiforme de Duhring. Il en décrit avec soin et en détail la symptomatologie.

En l'absence de caractères cliniques précis, on a essayé d'établir une différenciation plus nette en se basant sur les lésions anatomiques. Mais les résultats obtenus par les différents auteurs montrent que ni le siège, ni le mode d'origine des bulles de pemphigus n'offrent des particularités qui leur soient exclusivement propres et les distinguent des autres espèces de bulles.

D'après les observations des autres dermatologistes et ses recherches personnelles, G. croit pouvoir admettre d'une manière générale les données suivantes : la bulle de pemphigus peut siéger aussi bien entre l'épiderme et le derme que dans l'épiderme. Le derme présente constamment les signes d'une inflammation plus ou moins vive qui précède la formation des bulles et qui n'en est pas nécessairement la cause.

Il se peut que des altérations préexistantes de l'épiderme ou que des caractères de l'exsudat du pemphigus non encore déterminés soient la cause de la fréquence des bulles dans le pemphigus, par rapport à d'autres dermatoses inflammatoires.

D'après les observations concordantes de tous les auteurs, le liquide des bulles consiste en une masse homogène ou granulée ou un réseau à mailles fines (fibrine?) qui renferme, outre de rares hématies, un nombre plus ou moins considérable de leucocytes et de cellules épithéliales en dégénérescence hydropique.

En ce qui concerne les productions épidermiques semblables à des grains de milium qu'on observe dans certains cas de pemphigus, G. ne les regarde pas comme des kystes par rétention des conduits excréteurs des glandes sudoripares, car ces glandes ne présentaient aucun signe de stase ou de dégénérescence ; il a constaté qu'ils sont situés assez superficiellement et sont formés de boules épidermiques kératinisées au centre avec une enveloppe conjonctive mince.

Dans le contenu des bulles, G. a trouvé accidentellement des bactéries de formes très variées, cependant pas d'une manière assez constante pour leur attribuer la moindre importance. Jusqu'à présent il a été impossible de démontrer l'origine infectieuse ou nerveuse du pemphigus.

L'étiologie du pemphigus est encore complètement inexpliquée. Les caractères du pemphigus vulgaire, de la dermatite herpétiforme et du pemphigus foliacé ne diffèrent pas à ce point qu'il soit nécessaire, pour expliquer leurs divergences, d'invoquer autre chose que l'hypothèse de diffé-

rences individuelles, d'une résistance plus ou moins grande de l'organisme ou de l'intensité variable de la cause nocive.

Cependant la caractéristique du pemphigus végétant permet de supposer qu'il est provoqué par des infections secondaires. Cette hypothèse puise une grande force dans l'analogie des proliférations du pemphigus végétant avec des lésions similaires également localisées en d'autres affections (syphilis, impétigo herpétiforme, etc.). A. Doyon.

Pian.

Le Pian dans les îles Oleassers (De boba ziekte-framboesia tropica, in de Oleassers), par M. Neeb. *Geneeskundig Tijdshrift van Nederlansch Indie*, t. XLI, part. 3, p. 434.

N. a étudié cette maladie dans un groupe d'îles, les Oleassers, situées dans l'archipel Indo-Néerlandais, près de l'Australie. Il considère le pian comme une maladie contagieuse, infectieuse et endémique. Dans quelques îles il l'a observé chez 80 p. 100 des enfants. Les adultes qui étaient atteints de cette maladie, y avaient tous échappé pendant leur enfance. Comme Pierez et Wath, N. l'attribue à un microbe, trouvé dans le sang, dans la lymphe, dans beaucoup d'organes internes, dans les tumeurs papillomateuses et même dans les maisons où vivent les malades. La porte d'entrée serait toujours une lésion de la peau, une ulcération ou une rhagade; la transmission se ferait par des insectes, par des habits contaminés ou par le contact direct.

L'éruption débute par une « lésion initiale » sous la forme de papule, d'ulcération très superficielle, ou de vésicule (pian-mère, boba-mai), mais N. a vu un certain nombre de cas dans lesquels l'éruption se produisait d'emblée et occupait tout le corps, sans être précédée par une pian-mère. En outre, il a vu une forme (loeti-loeti) ressemblant beaucoup au pemphigus des nouveau-nés, avec des tumeurs variant de la grandeur d'une noisette à celle d'une pomme, et une autre forme ressemblant au pemphigus végétant; mais tous les deux se terminaient toujours par la guérison.

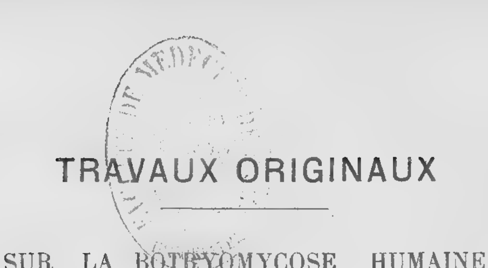
Enfin N. rapporte des cas, où, après la guérison des lésions occupant le reste du corps, il se produisait des tumeurs framboesoïdes à la paume de la main et à la plante du pied; une couche cornée épaisse aurait empêché et retardé peut-être la croissance des tumeurs et la perforation de l'épiderme.

N. a vu les éléments du pian affecter quatre formes: 1° en cercles (comme la trichophytie de la peau); 2° la forme gyratée; 3° la forme « dartre » (sans tumeurs typiques, mais caractérisée seulement par des taches jaunes et de très petites excroissances); 4° une forme qui se traduit uniquement par le développement de petites vésicules.

N. affirme que la maladie n'a rien à faire avec la syphilis, mais qu'elle est probablement d'origine tropho-neurotique. Il remarque encore, que quoique la maladie commence ordinairement sur les membres inférieurs, elle débute souvent, chez les nourrissons, sur la face et les commissures de la bouche. Bénigne en général, elle peut devenir insidieuse chez les adultes. Dans quelques cas rares, la maladie produit des cicatrices sérieuses, avec des déformations de la face, et même des contractures. J. v. d. Wyk.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA BOTRYOMYCOSE HUMAINE

Par **E. Bodin**
Professeur à l'École de médecine de Rennes.

Au cours de ces dernières années, j'ai recueilli deux cas humains de botryomycose dont j'ai pu pratiquer l'examen histologique et l'étude bactériologique ; les observations de cette curieuse maladie publiées actuellement étant peu nombreuses et la nature de l'affection étant encore discutée, il m'a paru intéressant de donner ici l'histoire des malades que j'ai examinés, en la faisant suivre des considérations et des déductions qu'elle comporte.

Observation I (1). — Jeanne-Marie R..., 27 ans, domestique de ferme, a toujours joui d'une bonne santé et ne présente rien de particulier dans ses



Fig. 1.

antécédents. Au mois de juillet 1899, elle se piqua au doigt avec un épi de

(1) Cette observation m'a été obligeamment communiquée par M. le Dr H. Dayot, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Rennes, qui a bien voulu me confier la tumeur enlevée chez la malade pour l'étude microscopique et bactériologique; je lui adresse ici tous mes remerciements.

blé en faisant la moisson ; c'est de cette époque que date un petit bouton qui se développa sur la face dorsale et à la base du pouce droit.

Pendant un mois la tumeur est demeurée stationnaire, puis elle s'est accrue rapidement en 4 ou 5 semaines et s'est ulcérée.

Examinée le 30 septembre 1899, cette tumeur (fig. 1), qui siège sur la face dorsale du pouce près de l'extrémité supérieure de la première phalange, a le volume d'une petite noisette et sa forme générale est arrondie. La surface est irrégulière, plus ou moins mamelonnée et parsemée de crevasses inégales. Ces détails ne sont appréciables qu'après nettoyage de la surface de la tumeur et ablation d'une couche de sécrétion purulente abondante, car toute cette surface est ulcérée.

A la base d'implantation de la tumeur, on remarque un sillon circulaire profond qui la sépare de la peau saine du dos du pouce et, au fond du sillon, on voit un pédicule arrondi, lisse et court, entouré d'une gaine épidermique qui se continue avec l'épiderme de la peau du pouce.

En exerçant une traction sur le néoplasme, on constate que ce pédicule se continue par sa partie supérieure avec la tumeur et que c'est lui qui sert de base d'implantation à cette tumeur sur la peau saine. La lésion a donc l'aspect général d'un polype pédiculé.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le néoplasme est indolent.

L'ablation de la tumeur a été pratiquée aux ciseaux à la base du pédicule et des pansements antiseptiques consécutifs ont amené la guérison complète en quelques jours.

Obs. II. — M..., couturière, 49 ans, bien portante habituellement, entre le 29 avril 1901 dans mon service de dermatologie à l'Hôtel-Dieu de Rennes, pour une tumeur du doigt qui a débuté il y a 6 semaines environ.

La malade, qui est occupée à la confection militaire et qui travaille à réparer des vestes de cavaliers, ne se souvient d'aucun traumatisme ni d'aucune piqûre ayant précédé l'apparition de la lésion actuelle. Elle remarqua seulement vers le 15 mars une certaine gêne dans la flexion du médius droit et constata qu'au milieu de la face palmaire de la première phalange existait une petite bosselure sensible à la pression, au niveau de laquelle la peau était tendue et rouge, mais non ulcérée.

Malgré l'emploi de pommades qui furent indiquées à la malade, cette bosselure augmenta assez rapidement et aboutit, en un mois, à la formation de la tumeur pour laquelle la malade entre à l'hôpital.

Le néoplasme (fig. 2), gros comme une noisette, présente une forme générale arrondie, il est un peu aplati sur le doigt et sa surface, de couleur gris rosé, ressemble à celle des bourgeons charnus ; elle est exulcérée, humide et légèrement mamelonnée, sécrétant du pus en quantité notable.

L'insertion de la tumeur sur le doigt est assez spéciale ; au premier abord il semble qu'elle fait corps avec les tissus de la face palmaire du médius, mais en la soulevant on voit que de sa face profonde naît un pédicule arrondi qui va s'enfoncer dans la peau du doigt, laquelle présente un sillon annulaire au niveau de l'implantation de ce pédicule.

La peau paraît se continuer sur le pédicule jusque sur la face profonde de la tumeur.

Donnant à la palpation l'impression de bourgeons charnus, le néoplasme est mou et non douloureux au palper; la malade signale cependant quelques douleurs spontanées ayant le caractère d'élancements, s'irradiant dans le doigt et se produisant surtout pendant la nuit.

Autour du pédicule de la tumeur la peau du médius est saine, elle offre



Fig. 2.

toutefois quelques signes de macération dans la partie qui est recouverte par la tumeur.

On note un léger empâtement du doigt au niveau de la phalange.

Il n'y a pas d'engorgement des ganglions épitrochléens ou axillaires.

Ablation de la tumeur aux ciseaux au niveau du pédicule qui est ensuite cautérisé au thermo-cautère. La malade est pansée aseptiquement et guérit complètement en 15 jours.

Examen histologique. — Les deux tumeurs provenant des cas ci-dessus rapportés peuvent être, au point de vue histologique, décrites en même temps; elles sont en effet très analogues et les seules différences qu'elles présentent sont des variations de quelques millimètres dans leurs dimensions.

Elles ont une forme générale arrondie (fig. 3, *b*), un peu aplatie dans le sens vertical, mesurant 1 cent. 1/2 à 2 centimètres de largeur sur 1 centimètre à 1 cent. 1/2 de hauteur ; leur surface est inégale, leur base se termine par un pédicule (fig. 3, *a*) de 6 à 7 millimètres de diamètre et qui est séparé du corps de la tumeur par un sillon (fig. 3, *c*).

Envisagées dans leur ensemble, ces néoplasies sont constituées par du tissu conjonctif jeune extrêmement riche en vaisseaux irréguliers, dirigés en tous sens, à parois très minces, réduits le plus souvent à la

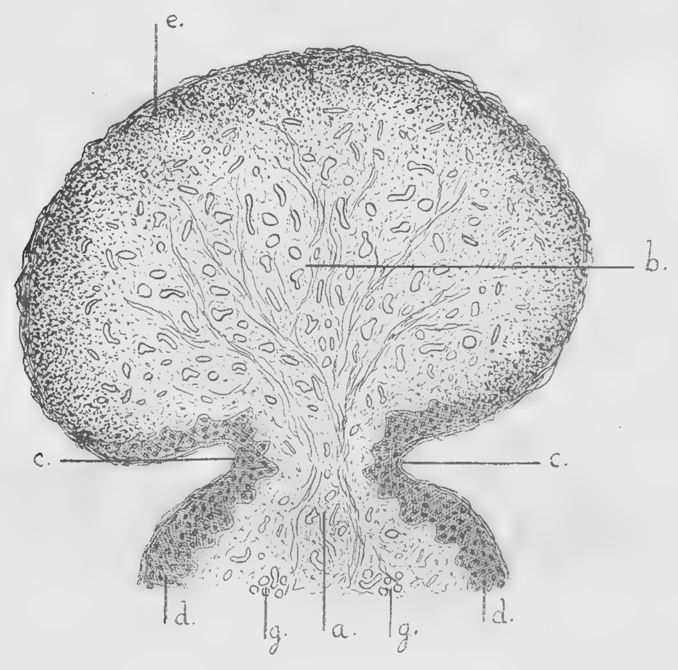


Fig. 3. — Coupe d'une tumeur botryomycosique (demi-schématique).

couche endothéliale et qui, sur les coupes, sont remplis d'hématies.

Suivant la partie de la tumeur que l'on examine, quelques particularités de structure doivent être relevées :

1° Au niveau du pédicule, on note des tractus conjonctifs adultes qui se dirigent vers le corps de la tumeur et entre lesquels se voient des cellules conjonctives jeunes et des fibrilles conjonctives très délicates. On trouve des vaisseaux, mais moins abondants que dans la partie centrale du néoplasme ; enfin j'ai noté la présence de glandes sudoripares (fig. 3, *g*), mais qui ne présentent rien de particulier, sauf peut-être un léger degré d'infiltration de cellules jeunes autour des parois des tubes glandulaires.

On reconnaît parfaitement la peau qui forme la limite du pédiculé (fig. 3, *d*) et dont le corps muqueux va se terminer un peu au-dessus du sillon, là où la surface de la tumeur est ulcérée. En ce point, on note une infiltration de plus en plus marquée des éléments du corps muqueux par des leucocytes et par des cellules embryonnaires, puis les éléments épithéliaux, de plus en plus dissociés, disparaissent et c'est le tissu même de la tumeur qui forme la surface.

2° Le corps même de la néoplasie est constitué par ce tissu conjonclif jeune, riche en vaisseaux à parois minces que je signalais tout à l'heure ; on y retrouve les tractus conjonctifs adultes du pédicule qui se ramifient et entre lesquels sont situés le tissu conjonctif jeune et les vaisseaux. Ceux-ci sont si nombreux qu'en regardant les coupes on croirait avoir sous les yeux une préparation d'angiome capillaire (fig. 3, *b*). Avec les cellules jeunes de nature conjonctive on observe, de-ci, de-là, quelques mastzellens et aussi des cellules blanches à noyau polymorphe; toutefois au centre de la tumeur et vers le pédicule ces dernières sont rares.

3° A mesure que l'on se rapproche de la surface de la néoplasie, les phénomènes inflammatoires deviennent de plus en plus sensibles, le tissu conjonctif s'infiltre de cellules embryonnaires et de leucocytes abondants, de telle sorte qu'au-dessous de la croûte amorphe constituée par des cellules nécrosées, qui recouvre la tumeur, ces cellules forment une couche serrée et d'épaisseur notable (fig. 3, *e*).

Recherche des parasites. — La recherche des amas mûriformes que certains auteurs ont considérés comme étant dus au parasite lui-même et que l'on a désignés sous le nom de *botryomyces*, est restée complètement négative dans les deux tumeurs que j'ai examinées ; je n'y ai rencontré que des cocci irrégulièrement distribués, d'apparence banale, prenant presque tous le Gram et occupant les couches superficielles sans dépasser la zone d'infiltration leucocytaire.

Examen bactériologique. — Des deux cas précédents de botryomycose j'ai isolé des microbes identiques qui ont été cultivés parallèlement à un staphylocoque doré provenant d'une pustule d'impétigo de Bockhart et à un autre staphylocoque doré extrait d'une ostéomyélite. Or, cette étude comparative m'a montré que les deux germes isolés des néoplasies botryomycosiques présentaient, tant au point de vue de leur morphologie et de leurs réactions colorantes qu'au point de vue de leurs caractères objectifs et biologiques en cultures sur tous milieux, les mêmes caractères que le staphylococcus auratus.

Il serait fastidieux d'insister sur tous ces caractères ; je préciserai toutefois que mes deux botryocoques, nettement chromogènes à 22°, ne l'ont plus été à 37°, et j'ajouterai tout de suite que les deux sta-

phylocoques cultivés comparativement ont, après plusieurs passages sur gélose à 37°, perdu également leur pouvoir chromogène.

En outre, j'indiquerai que, dans les cultures sur gélatine, les botryocoques ont déterminé la liquéfaction du milieu de la même façon que les staphylocoques.

Inoculés en cultures sur bouillon dans le tissu cellulaire sous-cutané du cobaye, les botryocoques ont causé des abcès dont le pus abondant contenait de nombreux cocci isolés ou groupés en amas, prenant le Gram et dont la morphologie était celle du staphylocoque.

En injection intra-veineuse au lapin, la culture pure de botryocoque a déterminé dès le lendemain des phénomènes généraux graves qui entraînèrent la mort en quatre jours, et l'autopsie a révélé les altérations habituelles de la septicémie causée par les staphylocoques, avec lésions prédominant sur les reins.

Il va sans dire qu'en ces inoculations la rétroculture a été faite et qu'elle a redonné le botryocoque sans la moindre difficulté.

Après avoir pris connaissance des deux observations précédentes, si l'on veut bien se rapporter aux cas de botryomycose humaine qui ont été publiés jusqu'ici, on verra que le diagnostic ne peut être mis en doute chez mes deux malades.

Que l'on reprenne les observations de Poncet et Dor (1), de Chambon (2), de Legrain, de Faber et Ten Siethoff (3), de Sabrazès et Laubie (4), de Delore (5), de Reverdin et Julliard (6), de Brault (7), qui présentent une uniformité clinique remarquable permettant de fixer dès aujourd'hui les principaux traits de l'histoire symptomatique des lésions botryomycosiques, et l'on sera convaincu que les néoplasies que j'ai étudiées ne peuvent être, au point de vue clinique, considérées que comme de la botryomycose parfaitement nette.

Mais une autre question se pose ici, c'est celle de la nature de cette affection, de cette botryomycose dont les allures cliniques sont si particulières, et je dois m'y arrêter car elle a donné lieu à des controverses qui ne sont pas terminées et elle se pose aujourd'hui

(1) Poncet et Dor. Botryomycose humaine. *Congrès de chirurgie de Paris*, séance du 18 octobre 1897. — *Lyon médical*, 24 oct. 1897, 30 janv. et 6 fév. 1898.

Poncet et Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine*. Paris, 1898, p. 348.

Poncet et Dor. *Archives gén. de méd.*, 1900, p. 129 et 274.

(2) Chambon. *De la botryomycose humaine*. Thèse de Lyon, 1897.

(3) Faber et Ten Siethoff. Botryomycose der oogleden. *Nederlansche oogheelkandige bijdragen*, 1897.

(4) Sabrazès et Laubie. *Archives gén. de méd.*, novembre 1899.

(5) Delore et Gauthier. *Gazette des hôpitaux*, 8 nov. 1900.

(6) Reverdin et Julliard. *Presse médicale*, 18 mai 1901.

(7) Brault. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 25 juin 1901. *Archives de parasitologie*, nov. 1901.

comme un problème dont la solution definitive est à trouver.

Sans reprendre tout le détail des discussions qui ont eu lieu sur la botryomycose, je rappellerai que les auteurs se divisent à ce sujet en deux camps : les uns en font une maladie spécifique due à un parasite spécial, le botryocoque; les autres au contraire pensent que les lésions botryomycosiques sont causées par l'un des microbes les plus communs et les plus répandus, le staphylococcus auratus.

Poncet et Dor, qui ont les premiers décrit la botryomycose humaine, puis Spick (1), soutiennent la nature parasitaire spécifique de ces lésions et considèrent le microbe spécial qui les détermine comme identique à celui de la botryomycose du cheval. On sait que chez cet animal la botryomycose se traduit d'ordinaire par des végétations plus ou moins volumineuses, dites *champignon de castration* parce qu'elles prennent naissance le plus souvent après cette opération, et que certains auteurs, parmi lesquels il convient de citer Bollinger, Rabe, Frohner, Johne, Nocard et Leclainche, admettent la spécificité du parasite rencontré en ces végétations, le botryocoque.

Sabrazès, Laubie et Jaboulay, au contraire, pensent qu'il ne s'agit dans les néoplasies de la botryomycose humaine que de lésions inflammatoires banales sous la dépendance du staphylocoque doré; Brault, dans les cas qu'il a examinés, arrive à une conclusion identique et, sans se prononcer définitivement, il reconnaît qu'il n'a pu trouver entre le botryocoque et le staphylocoque doré de caractères distinctifs certains.

En médecine vétérinaire d'ailleurs, cette opinion est également admise et se trouve nettement exprimée dans les travaux de Kitt et de Jong pour lesquels le microbe du champignon de castration doit être confondu avec le staphylocoque.

Ces contradictions entre les opinions des auteurs que je viens de citer commandent donc un examen détaillé de la question tant au point de vue histologique que bactériologique, examen dans lequel je chercherai à résoudre le problème posé ou tout au moins à en préciser nettement les termes.

Pour établir la spécificité de la botryomycose, Poncet et Dor se sont appuyés sur les caractères microscopiques des lésions observées dans cette maladie et sur ceux du parasite microbien que l'on y rencontre.

Dor, étudiant au point de vue histologique les tumeurs botryomycosiques du cheval, est arrivé à cette conclusion que le champignon de castration n'est pas constitué, ainsi que le pensent certains vété-

(1) Spick. *De la spécificité de la botryomycose.* Thèse de Lyon, 1900.

rinaires, par un tissu inflammatoire d'ordre banal. D'après lui, cette néoplasie a une origine épididymaire et les cavités que l'on y rencontre, prises par d'autres pour des vaisseaux, ne sont autre chose que les canalicules de l'épididyme dont la couche épithéliale a végété, tandis qu'à la périphérie il y a eu prolifération du tissu conjonctif, lequel forme le squelette de la tumeur.

Pour Dor les tumeurs botryomycosiques humaines relèvent d'un processus analogue, frappant les glandes sudoripares dont les conduits altérés et hypertrophiés forment les canaux nombreux que l'on aperçoit sur les coupes. Il y a donc, dans la botryomycose, néoformation adéno-fibreuse sudoripare ; aussi Dor propose-t-il le terme de *fibro-adénose* pour désigner la lésion.

De tels caractères histopathologiques sont assez spéciaux, mais il ne faudrait pas croire qu'ils sont constants dans les tumeurs botryomycosiques de l'homme, car dans les cas examinés par Brault, Sabrazès et Laubie, ils ne se sont pas retrouvés. Ce que ces auteurs ont vu est exactement ce que j'ai constaté chez mes deux malades, c'est-à-dire une néoplasie riche en cellules conjonctives jeunes, présentant à la périphérie des phénomènes d'infiltration leucocytaire et de nécrose de la couche superficielle et creusée de multiples vaisseaux à parois minces, sur la nature desquels aucun doute n'est possible, car dans les coupes de mes deux tumeurs ces canaux vasculaires étaient remplis d'hématies et de fibrine.

Quant à l'hypertrophie des glandes sudoripares, elle n'est signalée ni par Brault, ni par Sabrazès et, pour ma part, je n'ai trouvé de glandes sudoripares que dans le pédicule des tumeurs que j'ai observées et ces glandes n'offraient aucune altération hypertrophique.

Ainsi Sabrazès et Laubie, Brault et moi nous trouvons dans les tumeurs botryomycosiques les mêmes lésions et ces lésions ne sont pas celles de la fibro-adénose sudoripare décrite par Dor. Ces faits me semblent comporter une déduction toute naturelle : c'est que l'adéno-fibrose sudoripare ne peut être considérée comme un caractère histologique *constant* de la botryomycose, puisqu'elle n'a été jusqu'ici constatée que par Dor ; ne serait-ce pas alors commettre une faute que de faire entrer cette adéno-fibrose sudoripare en ligne de compte pour la démonstration de la spécificité de la botryomycose.

Passant maintenant à l'étude du parasite de la botryomycose ; j'en dois examiner les caractères dans les lésions qu'il cause et dans les cultures artificielles.

Sur des coupes de néoplasies botryomycosiques, on trouve à la périphérie, dans la zone d'infiltration leucocytaire superficielle, des cocci irrégulièrement distribués, plus ou moins nombreux, qui dans

les cas que j'ai recueillis se coloraient par la méthode de Gram et qui disparaissaient dans les parties centrales de la tumeur.

Ces cocci avaient les caractères de staphylocoques, et ceci n'a rien de surprenant dans une lésion cutanée ulcérée et ne diffère en rien de ce que l'on observe dans une préparation de bourgeons charnus inflammatoires d'ordre banal.

Mais on rencontre, dans les tumeurs botryomycosiques, des productions plus spéciales, ayant l'allure d'amas mûriformes, qui se colorent par le Gram, dont les descriptions données jusqu'ici sont assez vagues et que bon nombre d'auteurs ont considérées comme étant formées par le parasite lui-même.

Ces amas mûriformes, désignés sous le nom de *botryomyces*, existent dans le champignon de castration du cheval comme dans les tumeurs des doigts observées chez l'homme ; toutefois ils ne sont pas constants, car dans les lésions récentes ils peuvent faire entièrement défaut. Poncet a signalé ce fait dans un de ses travaux et chez les deux malades que j'ai examinées et dont les lésions étaient relativement jeunes, je n'ai rencontré aucun amas mûriforme dans les coupes des tumeurs.

Sur la nature de ces *botryomyces*, les auteurs ne sont du reste qu'imparfaitement fixés et ceux-là mêmes qui, comme Poncet, Dor et Spick, sont des partisans résolus de la spécificité de la botryomycose, hésitent à se prononcer, ne sachant si les amas mûriformes sont dus au botryocoque lui-même ou à des altérations des éléments histologiques des tissus sous l'influence de ce parasite. Ils reconnaissent de plus, ainsi que cela est nettement indiqué dans la thèse de Spick, que, si ces amas mûriformes sont fréquents et abondants dans les lésions botryomycosiques, ils peuvent aussi se rencontrer en d'autres états pathologiques.

Dans leur dernier travail sur la question, Poncet et Dor abandonnent même l'hypothèse de la nature parasitaire des amas mûriformes et, s'appuyant sur l'avis de Renaut à qui ils ont soumis leurs préparations, ils pensent que l'on aurait affaire ici à des phénomènes de dégénérescence des noyaux des cellules épithéliales du type de la pycnose et qui donneraient lieu à la formation de ces amas.

Quant à moi, je me garderai d'émettre une opinion définitive sur ce point puisque je n'ai pas observé d'amas mûriformes dans les néoplasies botryomycosiques de mes malades; je me contenterai seulement de faire remarquer que ces amas mûriformes, dits botryomyces, ne sont pas constants dans la botryomycose, qu'ils ont une origine encore douteuse et qu'en tout cas si l'on adopte à leur sujet la dernière opinion de Poncet et Dor qui les considèrent comme dus à des phénomènes de pycnose, ils ne peuvent servir en quoi que ce soit pour appuyer l'hypothèse de la spécificité de la botryomycose

ou celle de la non spécificité de cette maladie. La pycnose est en effet un phénomène de dégénérescence qui n'a rien de caractéristique et qui peut se produire sous des influences très variables.

J'ajouterai que j'ai fréquemment observé la pycnose des noyaux dans diverses lésions d'ordre inflammatoire ou néoplasique, mais que je n'ai jamais vu les noyaux ainsi dégénérés se réunir pour constituer des amas dont la formation se ferait alors par un mécanisme qui me semble bien difficile à expliquer.

Dans les cultures artificielles le botryocoque, isolé des tumeurs humaines ou du champignon de castration du cheval, se présente comme un coccus arrondi de 0 μ 5 à 1 μ de diamètre et qui, de l'aveu de tous, offre exactement la même morphologie et les mêmes réactions colorantes que le staphylocoque doré ; sur ce point il n'y a pas de discussion et Spick lui-même conclut que dans ses cultures « le botryocoque se présente avec des caractères analogues à ceux du staphylocoque doré ».

Cultivé sur gélose glycérinée ou non, sur sérum, sur bouillon, sur pomme de terre, sur milieux sucrés, le botryocoque donne des cultures dont tous les caractères sont ceux des cultures du staphylocoque doré. La distinction de ces deux microbes est donc délicate ; elle repose, d'après Spick, Poncet et Dor, sur l'étude des cultures sur gélatine, sur l'odeur que ces cultures dégagent et sur les variations du pouvoir chromogène du botryocoque. D'après ces auteurs, la liquéfaction de la gélatine serait un peu plus lente dans les cultures de botryocoque que dans celles du staphylocoque, et surtout elle se produirait d'une façon différente. Le microcoque de la botryomycose pousserait comme une traînée blanchâtre le long de la piqûre d'ensemencement et déterminerait, en effet, à la partie supérieure de la gélatine une liquéfaction en forme de bulle ou de tulipe, différant nettement de la liquéfaction en entonnoir qui accompagne d'ordinaire le développement des cultures de staphylocoque.

En outre, les cultures du botryocoque dégageraient, d'après Spick, une odeur rafraîchissante (?) bien distincte, pour lui, de l'odeur de lait aigri que l'on observe dans celles du staphylocoque doré.

Enfin, réaction tout à fait particulière d'après Dor et Spick et sur laquelle ils insistent beaucoup, les cultures de botryocoque sur gélose, qui sont chromogènes à 20° et d'une belle couleur jaune comme celles du staphylocoque doré, perdent leur pouvoir chromogène à 37°, température à laquelle leur couleur devient blanchâtre et, si on les reporte ensuite à 20°, elles conservent leur teinte blanche.

S'appuyant sur ces caractères, Poncet, Dor et Spick admettent la spécificité du botryocoque et, tout en reconnaissant que ce microbe se

rapproche beaucoup du staphylocoque doré, ils soutiennent qu'il ne doit pas être confondu avec ce dernier.

Cependant la distinction des deux bactéries me semble reposer sur des bases bien peu solides, car les caractères distinctifs du botryocoque qui ont été donnés par Spick, Poncet et Dor ne sont pas constants dans les cultures de ce germe et, d'autre part, ils peuvent se rencontrer aussi dans les cultures du staphylocoque doré.

La liquéfaction de la gélatine en forme de tulipe n'a rien de caractéristique, elle tient à la quantité plus ou moins grande de semence et à la consistance de la gélatine qui se dessèche en surface. En semant abondamment du staphylocoque doré sur des tubes de gélatine préparés depuis un certain temps et desséchés en surface, on peut l'obtenir, comme avec ce botryocoque et, dans les expériences que j'ai faites avec ce microbe et avec le staphylocoque doré, je l'ai notée une fois, mais c'était dans une culture de staphylocoque doré isolé d'une pustule d'impétigo de Bockhart ; quant aux cultures de botryocoque, elles m'ont donné une liquéfaction ne différant en rien de celle que l'on observe ordinairement avec les staphylocoques. Je n'insiste pas à dessein sur le caractère différentiel que Spick tire de l'odeur des cultures, car la distinction entre l'odeur *rafraîchissante* des cultures de botryocoque et l'odeur de lait aigri de celles du staphylocoque me semble assez difficile à préciser et tout à fait subtile. Ce n'est pas là un caractère assez sérieux pour qu'il puisse être pris en considération dans la différenciation de deux microorganismes.

Plus importante paraît être au premier abord la variation du pouvoir chromogène du botryocoque sous l'influence de la température, et il est certain que, dans les cultures des deux botryocoques que j'ai isolés des cas rapportés précédemment, j'ai constaté un pouvoir chromogène très net à 22° et nul à 37°. Ce fait, soit dit en passant, me permet donc d'appuyer définitivement par les caractères du microbe isolé le diagnostic de botryomycose porté chez mes deux malades puisque, d'après Dor et Spick, une telle variation du pouvoir chromogène serait spéciale au botryocoque.

Mais est-ce là vraiment un caractère spécifique et important ? Tous ceux qui ont cultivé les staphylocoques les plus authentiques n'ont-ils pas constaté, sous l'influence des changements de température, des variations analogues dans le pouvoir chromogène de ces bactéries ?

A mon laboratoire, où j'ai suivi, parallèlement aux cultures de botryocoque, deux staphylocoques dorés, j'ai vu qu'au bout de plusieurs générations à 37° ces staphylocoques ont perdu leur pouvoir chromogène et qu'à partir de ce moment, à quelque température qu'on les ait exposés, ils n'ont donné que des cultures blanches.

A 22°, au contraire, ces mêmes microbes ont gardé leur coloration jaune après une série de repiquages.

En somme et sans prolonger plus longuement cette discussion, j'ai trouvé sur des staphylocoques parfaitement nets tous les caractères spéciaux assignés par Spick, Poncet et Dor au botryocoque, et dans les cultures de botryocoque je n'ai rencontré que les caractères du staphylocoque doré.

Si l'on veut bien se rappeler maintenant que Brault, Sabrazès et Laubie sont arrivés à des résultats identiques aux miens et qu'ils n'ont pu trouver de différence certaine et nette entre le botryocoque et le staphylocoque doré, on se convaincra aisément qu'au point de vue des cultures le botryocoque et le staphylocoque doré ont des caractères identiques et que ces bactéries doivent être confondues.

L'étude de la morphologie comme celle des cultures concordent donc pour nous démontrer l'identité du microbe de la botryomycose et du staphylocoque doré de la suppuration.

Reste la question des inoculations expérimentales dont je n'ai pas besoin de faire ressortir ici toute l'importance.

Inocule-t-on le botryocoque aux animaux des laboratoires comme le cobaye et comme le lapin, on voit que ce microbe se comporte comme un staphylocoque, déterminant les mêmes lésions que ce dernier. C'est ce que j'ai constaté dans les inoculations que j'ai faites et c'est ce que tous les auteurs qui se sont occupés de ces expériences ont observé. Sur ce point nous avons même l'aveu de Spick qui est très nettement exprimé : « Nous n'avons pas trouvé ici, dit-il, des caractères assez nets pour différencier les micrococques en question et nous concluons de toutes ces expériences que, chez les petits animaux de laboratoire, le botryocoque est un coccus pyogène. »

Chez le cheval, toutefois, les choses ne se passent plus de la même façon, d'après Spick et, pour lui comme pour Poncet et Dor, les inoculations équines démontrent la spécificité du botryocoque. Ils s'appuient à ce sujet sur des expériences de Kitt, de Rabe et de de Jong qui, après avoir inoculé au cheval du botryocoque en cultures pures, ont vu se produire des phénomènes phlegmoneux et suppuratifs plus ou moins intenses, absolument semblables à ceux que produit l'inoculation du staphylocoque doré, phénomènes qui ont cédé au bout d'un temps variable et qui, après une période de 2 à 3 mois, ont été suivis de la naissance de *nodules indurés* contenant des amas mûriformes dans le cas de Rabe, de l'apparition dans la cicatrice de la plaie phlegmoneuse d'une *éruption noueuse, à surface suppurante* dans le cas de Kitt, et de la production, dans une expérience de de Jong, de nodules ayant les caractères histologiques des bourgeons charnus, mais que Spick déclare être des tumeurs

botryomycosiques, car, dit-il, de Jong a pu trouver dans 2 coupes *un* grain jaune de botryomycose.

Spick ne manque pas d'opposer à ces inoculations du botryocoque celles qui ont été faites sur le cheval avec les staphylocoques doré et blanc par de Jong. Dans ces expériences, on a constaté que le staphylocoque doré produit des phénomènes inflammatoires et suppuratifs comme le botryocoque; mais l'observation prolongée des animaux en *4 cas* n'a pas révélé la naissance de nodules indurés analogues à ceux qui ont suivi les inoculations de botryocoque.

Tels sont les faits qui forment l'argument le plus solide sur lequel s'appuient les partisans de la spécificité de la botryomycose; étudions-les de près et nous allons voir qu'ils n'ont pas la valeur qu'on a bien voulu leur accorder.

En somme, deux faits sont mis en évidence par les inoculations du botryocoque au cheval : d'abord il est démontré que ce microbe produit, immédiatement après son inoculation, des phénomènes inflammatoires, ne différant en rien de ceux qu'occasionne le staphylocoque, et ceci est bien acquis; ensuite on a vu que le botryocoque peut à longue échéance (2-3 mois) déterminer en quelques cas, dans les régions primitivement enflammées, la naissance de nodules indurés ou de bourgeons suppurant, et ce sont ces phénomènes qui demandent à être interprétés.

Spick voit dans ces nodules des tumeurs botryomycosiques évidentes parce qu'ils ont une certaine analogie objective avec ces tumeurs et parce qu'on y a trouvé quelques grains jaunes, ce qui n'est pas un argument décisif, ainsi que je l'ai indiqué précédemment; en outre, il regarde ces nodules comme ne pouvant être dus qu'au botryocoque, parce qu'en quatre expériences faites avec le staphylocoque ils n'ont pas été constatés.

Mais on peut aussi considérer ces lésions comme de simples bourgeons charnus analogues à ceux qui se produisent à la suite d'inflammations staphylococciques ou autres, et un examen histologique de de Jong sanctionne cette opinion; d'autre part, il est impossible de soutenir sérieusement que le staphylocoque doré ne produira pas de semblables bourgeons, parce qu'il n'en a pas causé *en 4 cas* chez le cheval, surtout quand on sait que chez l'homme c'est un phénomène qui n'a rien de rare ni d'extraordinaire.

Concluons donc de tout ceci que les inoculations du botryocoque au cobaye et au lapin démontrent, comme les cultures, l'identité de ce microbe et du staphylocoque doré et que les inoculations au cheval, qui apportent des faits positifs plaidant dans le même sens, ont besoin d'être reprises et multipliées avant qu'il soit possible de conclure définitivement au sujet de quelques particularités qu'elles ont présentées.

Je crois qu'il est possible, après cette rapide revue des caractères du botryocoque dans sa vie parasitaire, dans ses cultures et dans ses inoculations expérimentales, de se prononcer sur la nature de ce microbe. Quant à moi, mon opinion est bien nette à ce propos et je la formulerai de la façon suivante, après étude histologique et bactériologique des deux cas que j'ai recueillis et après examen des travaux antérieurs sur la question.

Le microbe décrit sous le nom de botryocoque et qui, d'après Poncet, Dor et Spick, cause chez l'homme des néoplasies d'aspect spécial, siégeant le plus souvent aux doigts ou à la main, n'est pas un microbe spécifique. Ce microbe doit être confondu avec le staphylocoque doré.

Il présente en effet les caractères morphologiques et biologiques de cette dernière bactérie et les particularités qui ont été invoquées pour distinguer les deux germes ne peuvent être admises après examen approfondi ; l'expérience prouve d'ailleurs que ces particularités peuvent se rencontrer aussi bien chez le staphylocoque doré le plus authentique que chez le botryocoque.

L'étude histologique des néoplasmes botryomycosiques ne contredit en rien cette manière de voir ; elle l'appuie, au contraire, car ces néoplasmes ne sont pas toujours des néoformations adéno-fibreuses sudoripares, comme l'a décrit Dor, et ils sont fréquemment constitués, ainsi que Brault, Sabrazès et Laubie, Jaboulay et moi nous l'avons démontré, par un tissu conjonctif jeune, plus ou moins infiltré de cellules blanches, riche en vaisseaux à parois très simples et dont la constitution se rapproche très intimement de celle des bourgeons charnus inflammatoires d'ordre banal.

Ces faits me portent à penser que les néoplasies botryomycosiques humaines ne sont, en somme, que des bourgeons charnus, nés sous l'influence du staphylocoque doré et dont l'allure clinique spéciale et la forme pédiculée sont probablement dues aux particularités de structure anatomique de la région où ils se développent.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 1er AVRIL 1902.

Tenue à Toulouse, à l'Hôtel-Dieu

PRÉSIDENCE DE M. CH. AUDRY.

SOMMAIRE. — Allocution de M. le Prof. AUDRY. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur les affections dites parasyphilitiques, par M. LEREDDE. (Discussion: MM. HALLOPEAU, LEREDDE, GAUCHER). — Sur les leucémides, par M. AUDRY.— Les parapsoriasis, par M. BROCQ. — Un nouveau cas de parakeratosis variegata, par M. MENEAU. (Discussion : MM. BROCQ, LEREDDE, AUDRY.) — Diagnostic clinique et histologique de l'ulcus rodens, par MM. DUBREUILH et B. AUCHÉ. — Les cylindromes de la peau, par MM. AUDRY et DALOUS. — Coelonychie, par M. FRÈCHE. — Un an d'application photothérapique de l'appareil Lortet-Genoud (Résultats et réflexions), par MM. GASTOU, BAUDOUIN et CHATIN. — Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. Les indications et contre-indications de la photothérapie, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. — Appareil photothérapique employant l'arc au fer sans refrigérants, par MM. BROCA et CHATIN. (Discussion : MM. LEREDDE, BROCQ, GASTOU.) — Syphilis et diabète insipide, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE. — Sur un cas de staphylococcie blanche folliculaire ascendante de nature peut être psoriasique, par MM. HALLOPEAU et FOUQUET.

M. le professeur CH. AUDRY prononce, à l'ouverture de la séance, l'allocution suivante :

MESSIEURS,

Je dois avant tout remercier ceux d'entre nous qui ont eu l'idée heureuse et généreuse de mettre en pratique l'article de nos statuts qui prévoit des réunions de notre Société ailleurs qu'à Paris. Je le fais au nom de tous nos collègues de province pour qui c'est un grand honneur et un aussi grand profit. Je dois seulement remarquer que parmi les personnes assemblées ici, la plupart ont consenti à faire le long et pénible voyage de Paris à Toulouse. Sauf nos amis de Bordeaux, peu de nos collègues de province ont cru devoir les imiter : peut-être y avait-il là une occasion de travailler, autrement qu'en parole, au développement de cette décentralisation dont on aime à proclamer la nécessité.

En ce qui touche ma présence à ce fauteuil, il me faut vous adresser mes remerciements les plus vifs ; mais ce n'est point tant en mon nom personnel qu'en celui des dermatologistes et des syphiligraphes

de la province; car ni vous, ni eux, ni moi n'ignorons que ce précieux témoignage d'estime ne s'adresse pas à ma personne, mais bien à tous ceux d'entre nous qui vivent et travaillent hors de Paris.

Je désire toutefois vous montrer que personne ici n'est resté insensible à la peine si désintéressée que vous avez bien voulu prendre en venant à Toulouse. Je le ferai en remerciant l'Administration des hospices dont nous sommes les hôtes, la Municipalité et le Maire de la cité Palladienne, le Conseil de l'Université qui m'ont accordé des subventions pécuniaires. Partout, et aussitôt, j'ai trouvé le meilleur accueil. Si, comme il est bien probable, il y a beaucoup à redire dans l'organisation de la présente session, vous pouvez être assurés que la faute en est à moi seul, et je vous prie de m'en rendre responsable, tout en réclamant votre indulgence pour les défauts que vous rencontrerez.

Messieurs, depuis votre dernière séance, la dermatologie a fait une grande perte : le professeur Moritz Kaposi est mort. Nous connaissons tous le rôle immense qu'il a tenu dans le développement des branches de la médecine aux progrès desquelles nous avons consacré nos efforts. Je veux seulement rappeler tout ce que nous devons à l' « édition française de Kaposi », ce livre qui a eu l'heureuse et singulière fortune de contribuer si puissamment à l'émancipation de la dermatologie en Allemagne aussi bien qu'en France.

D'autres, plus autorisés, rendront bientôt, à la mémoire de Moritz Kaposi, l'hommage qui lui est dû. En attendant, je vous propose d'envoyer à la Société viennoise de dermatologie l'expression de la grande part que nous prenons à ce deuil irréparable; vous le ferez, sans doute, d'autant plus volontiers que l'illustre chef de l'école de Vienne n'a jamais cessé de nous témoigner une sympathie particulièrement précieuse.

L'école de Vienne, si douloureusement éprouvée par la perte de son chef, a reçu un nouveau coup dans la personne de M. Jarisch, professeur à l'Université de Graz. Jarisch était l'un des élèves favoris de Kaposi, désigné par lui comme un de ses successeurs. On lui doit un grand nombre de travaux importants dont un certain nombre ont été consacrés à diverses tumeurs de la peau, au pemphigus, etc., etc. Jarisch a fait paraître il y a deux ans, dans le grand ouvrage de Nothnagel, un traité des maladies de la peau tout à fait remarquable par l'abondance des renseignements, l'ouverture d'esprit et la clarté qui ont présidé à sa rédaction. Il était parfaitement préparé à apporter dans la tradition de Hebra l'écho des travaux de la jeune dermatologie. Sa mort est un malheur, et d'autant plus cruel qu'il disparaît à un âge qui permettait d'attendre de lui une belle et féconde production scientifique.

Ouvrages offerts à la Société.

C. Audry. — Travaux de la clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de Toulouse, fascicule V, 1899-1901.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur les affections dites parasyphilitiques.

Par M. Leredde.

La discussion sur les affections dites parasyphilitiques ne fait que s'ouvrir. J'ai déclaré, dans ma communication de février à la Société de Dermatologie, que je croyais que M. Fournier a groupé à tort sous le nom de parasyphilitiques des affections dissemblables, dont les unes ne sont que des manifestations d'ordre toxique telles qu'en peuvent donner les infections et les intoxications les plus diverses, dont les autres sont non seulement d'origine, mais de nature syphilitique. J'ai montré que les faits qui prouvent l'action utile du traitement spécifique sur ces manifestations se multiplient de jour en jour et démontrent que le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie, d'autres maladies sont des syphilides atypiques. En mars, j'ai publié un cas de tabes à marche progressive rapide, guéri par un traitement mercuriel énergique. Cette observation a été le point de départ d'observations de MM. Hallopeau, Fournier et Renault auxquelles je dois maintenant répondre.

M. Hallopeau admet que les lésions syphilitiques qui déterminent le syndrome du tabes siègent dans les ganglions et non dans la moelle et croit être en désaccord avec moi sur ce point. Mais qu'importe au point de vue de la théorie que je soutiens que les lésions syphilitiques siègent dans les ganglions seuls? Je n'ai aucun avis sur ce point et je ne suis pas compétent pour en discuter avec M. Hallopeau. Le tabes est une maladie du système nerveux; en une région de celui-ci, ou en plusieurs, peu importe, se produisent des lésions syphilitiques qui entraînent des dégénérescences; ces lésions se produisent tant que se prolonge l'évolution du tabes; je ne veux pas discuter autre chose. Si M. Hallopeau admet que dans les ganglions rachidiens des lésions syphilitiques se développent, qui amènent le tabes, il est d'accord non avec M. Fournier, mais avec moi, et le tabes est, suivant lui, une maladie d'origine et de nature syphilitique.

L'opinion que j'ai exprimée de la manière la plus nette sur cette question me paraît avoir une force suffisante pour qu'on ne puisse la contester qu'en me prêtant des opinions que je n'ai jamais

émises. Je n'ai, bien entendu, jamais prétendu que dans le syndrome du tabes, les dégénérescences, les lésions secondaires ne jouent un rôle considérable. Pour mettre à ma charge de telles assertions, il faudrait déformer mes paroles et ma pensée. Ce qui importe seulement c'est de savoir si au début, si au cours de l'ataxie, comme de la paralysie générale, l'infection syphilitique est en activité au niveau des centres nerveux *en quelque partie que ce soit*, et peut être arrêtée dans son évolution et même entrer en régression. C'est tout ce que j'ai voulu dire.

M. Hallopeau ne s'est pas prononcé sur l'utilité du traitement mercuriel chez les ataxiques. Il serait intéressant de savoir de lui s'il considère que la disparition des douleurs fulgurantes, à quelque période que ce soit par ce traitement, signalée par M. Fournier (1882) et dont je viens d'observer encore un cas dans le service de M. A. Robin, peut s'expliquer sans admettre l'action directe du mercure sur les lésions qui produisent ce symptôme et s'il l'admet comme d'origine et non de nature syphilitique.

J'arrive maintenant aux déclarations de M. Fournier. J'ai dû faire remarquer que M. Fournier, en 1882, affirmait l'utilité considérable du traitement spécifique dans le tabes ancien, le tabes récent, le tabes naissant et qu'il y avait contradiction absolue entre les assertions qu'il émettait en 1882 et celles qu'il a émises en 1894.

Je puis citer aujourd'hui une nouvelle contradiction de M. Fournier. En 1882, M. Fournier classe sous quatre chefs les opinions émises sur la nature du tabes (*L'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* Paris, 1882, p. 8 et 9). Voici la première, celle qu'il fait sienne à cette époque.

I. — « Pour les uns (*et je n'ai pas besoin de dire que je suis du nombre*) la syphilis servirait d'origine fréquente, très fréquente même à l'ataxie ; en d'autres termes, elle serait dans un très grand nombre de cas, dans l'énorme majorité des cas, *de provenance et de nature syphilitique.* » Je copie textuellement cette affirmation de M. Fournier.

II. — Deuxième opinion des auteurs qui ont traité de la question : aucune connexion pathogénique entre le tabes et la syphilis.

III. — Troisième opinion. La syphilis peut créer un pseudo-tabes mais non le seul, le vrai tabes, la maladie de Duchenne.

IV. — « D'autres enfin... estiment que, si la syphilis produit l'ataxie, elle la produit non pas directement, mais seulement d'une manière indirecte... La syphilis ne déterminerait pas l'ataxie comme elle détermine... les plaques muqueuses ou les gommes, mais seulement et exclusivement comme elle détermine parfois l'anémie, l'étiolement, la phtisie, le cancer, etc. Elle n'agirait, en un mot, qu'au titre de cause prédisposante. »

En 1894, M. Fournier écrit (*Les affections parasyphilitiques*. Paris, 1894, p. 131) :

« Donc le tabes est certainement relié à la syphilis comme un effet est lié à sa cause. Mais quelle est la nature de ce lien ? Quelle idée nous faire de ce tabes, qui d'une façon si commune se présente à nous comme une conséquence indéniable de la syphilis ?... Assimiler le tabes issu de la syphilis à un accident vulgaire de syphilis, à une syphilide, à une gomme, impossible : l'*instinct clinique se révolte contre un tel rapprochement.* »

Et plus bas (p. 133 et 134), après avoir affirmé que l'action du mercure dans le tabes est toujours incomplète, M. Fournier conclut :

« Aussi bien... le *bon sens clinique* a-t-il inféré cette déduction : que si le tabes était bien sûrement un dérivé de la syphilis, il n'en constituait pas, il n'en pouvait constituer un accident assimilable aux accidents usuels de la maladie. Manifestation d'origine syphilitique, oui, voilà ce qu'est le tabes, mais manifestation de nature syphilitique, non ! voilà sûrement ce qu'il n'est pas.

« Tel est du reste le sentiment que, pour ma part, j'ai *toujours* cherché à faire prévaloir dans mes leçons, dans mes publications sur ce sujet. *Je n'ai parlé que d'un tabes d'origine syphilitique, me gardant bien de faire du tabes un accident syphilitique proprement dit, un accident de nature syphilitique.* »

D'où je conclus, par le rapprochement des textes, que M. Fournier n'a pas relu et a oublié en 1894 ses affirmations de 1882. Et la théorie que je soutiens maintenant sur le tabes se trouve être conforme à ces dernières et non aux opinions de M. Fournier en 1894. Tous les arguments que j'ai émis pour contester la théorie des affections parasyphilitiques, fondée, on le sait, sur la non constance de la syphilis dans l'étiologie du tabes, de la paralysie générale, de la leucoplasie, etc., sur l'absence des lésions classiques de la syphilis, sur la non efficacité du traitement, se trouvent d'autre part en germe dans le livre de M. Fournier de 1894 (V. ma communication de février).

Mais je reviens au point le plus important de la question, celui du traitement. Je n'aurais pas cherché à combattre la théorie des affections parasyphilitiques, devenue classique, grâce à l'autorité de l'auteur éminent qui l'a émise, si je n'avais cru qu'elle a eu les conséquences les plus funestes au point de vue pratique.

M. Fournier dit avoir guéri un cas de tabes par le traitement mercuriel (séance de la Société de Dermatologie, mars 1902). Comment M. Fournier interprète-t-il cette guérison, s'il lui donne d'une manière ferme l'étiquette de tabes et non de pseudo-tabes ? Comment M. Fournier interprète-t-il le cas de tabes guéri par le calomel dont

j'ai rapporté l'observation à la dernière séance de la Société de Dermatologie? Il ne peut donner la dénomination de tabes fruste à un cas dans lequel on observe en quelques mois des accidents cérébraux, bulbaires et médullaires comme ceux que j'ai énumérés.

Enfin comment M. Fournier après avoir changé d'avis sur la pathogénie du tabes, comme je l'ai montré plus haut, interprète-t-il maintenant les faits qu'il avançait en 1882 dans son livre sur l'ataxie: la non observation du tabes chez les malades atteints d'affections oculaires qu'il a soignés, la disparition des douleurs fulgurantes, chez les tabétiques qu'il a également soignés, l'arrêt d'évolution du tabes par le mercure, qu'il signale chez les tabétiques récents ; les observations dont il cite les auteurs, dues à Teissier (1862), Dujardin-Beaumetz (1862), M. Carre (1865), W. Moore (1866), Bourdon, Reder, Dreschfeld, Drysdale, Hammond, Berger, Erb, Mayer, Gowers, Reumont, Rumpf, P. Spillmann, Tenneson; celles de Bockhart que j'ai citées, l'atténuation du tabes par le mercure, opinion soumise récemment à la Société de Neurologie, etc. ?

M. Fournier dit qu'un tabes dont on arrête l'évolution n'est pas un tabes guéri. J'ai déjà répondu que lorsque nous faisons disparaître par le traitement une gomme de la peau, nous déclarons avoir guéri le malade, quoique cette gomme laisse une cicatrice ; nous ne faisons cependant pas d'une gomme un accident « parasyphilitique ». Un tabétique, chez lequel, après traitement, aucun symptôme nouveau n'apparaît, est guéri au même titre qu'un malade atteint de gommes. Et je demanderai en outre à M. Fournier comment il explique que dans une maladie parasyphilitique, c'est-à-dire d'origine et non de nature syphilitique, le traitement spécifique puisse arrêter l'évolution.

Parmi les insuccès du traitement antisyphilitique, et en particulier du traitement mercuriel dans le tabes, il en est, je crois, de deux ordres : 1° ceux où le traitement est fait trop tard, comme le font la plupart des médecins, et sans une continuité suffisante pour arrêter l'évolution d'accidents des plus rebelles; 2° ceux où il est fait sans énergie suffisante, ce qui est également la règle. Je demanderai à M. Fournier si, depuis qu'il a adopté, pour sa part, le traitement des accidents rebelles de la peau par les injections de calomel, il a également soigné des tabétiques par cette méthode et quels résultats il en a obtenus. Positifs, négatifs ou incomplets, il serait essentiel de le savoir.

Pour ma part, je crois que M. Fournier a peu à peu changé d'opinion sur la nature du tabes ; et que peu à peu il a perdu de vue ses déclarations initiales, qu'il a été trop frappé des insuccès du traitement spécifique dans le tabes et pas assez par les succès, et que le mot parasyphilitique lui a fait commettre une erreur sur la pathogénie réelle du tabes comme de la paralysie générale et d'une

série d'autres affections. Affirmer, comme il le fait en 1894, que le « bon sens clinique » se révolte contre la comparaison du tabes avec une gomme, c'est se faire une idée superficielle de ce que sont des lésions infectieuses, c'est faire appel à des oppositions dans les caractères extérieurs qui ne peuvent frapper que des médecins peu instruits, et à un argument que pourrait employer un auteur qui contesterait la nature syphilitique de l'alopécie secondaire.

M. Fournier dit qu'on commence à employer un peu partout le terme d'affections paratuberculeuses. Je ne crois pas qu'il soit beaucoup employé en dehors du service de M. Fournier. C'est l'inconvénient des termes de cet ordre de donner satisfaction de forme à des opinions contradictoires de fond. Le terme parasyphilitique satisfait les médecins qui admettent les relations intimes du tabes, de la paralysie générale avec la vérole, et les médecins, neurologistes ou anatomopathologistes qui les repoussent. Ce qui a fait le succès de ce terme fait pour moi son danger, et doit, je pense, le faire éliminer du vocabulaire médical, au moins avec son sens actuel.

Enfin l'observation de M. Renault, que les cas de tabes guéris par le mercure sont des cas de pseudo-tabes, me fournit une occasion de reprendre un argument que j'ai incomplètement développé. Il est vraiment étrange, et je crois que M. Renault me le concédera, de voir que la syphilis peut créer un tabes et un pseudo-tabes, une paralysie générale et une pseudo-paralysie générale, une leucoplasie et une pseudo-leucoplasie linguales ! Et M. Renault considère-t-il les cadres pathologiques comme établis d'une manière tellement définitive que nous ne puissions les élargir à l'occasion et admettre qu'entre les accidents communs de la syphilis cérébro-spinale et le tabes, la paralysie générale, qui sont, à mon avis, chez les syphilitiques des syphiloses cérébro-spinales, il y a toutes les transitions, toutes les formes de passage? Et si on définit pseudo-tabes un tabes curable par le traitement, je crois que tout tabes à son début est un pseudo-tabes, comme le croyait M. Fournier en 1882 et qu'il apparaîtra comme tel à une période plus avancée, le jour où nous traiterons les tabétiques par le mercure non pas moins bien et avec moins d'énergie que les autres syphilitiques, mais mieux encore.

M. Hallopeau. — Pour moi, la cause prochaine du tabes réside dans les altérations presque toujours syphilitiques du système nerveux centripète et il faut leur opposer, au début de la maladie et des poussées tabétiques, le traitement spécifique.

M. Leredde. — Je constate que M. Hallopeau n'est plus, dans ces conditions, d'accord avec M. Fournier, mais avec moi. A l'heure actuelle, lorsque nous avons affaire à des lésions syphilitiques (au sens admis par tous) des centres nerveux, nous savons que des lésions dégénératives se produisent

pendant l'évolution des premières; nous déclarons néanmoins que les lésions des centres nerveux sont d'origine et de nature syphilitique. C'est ce que j'ai déclaré en février 1902 pour le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie. Si, comme je le dis aujourd'hui dans ma note, M. Hallopeau admet que, pendant l'évolution de ces maladies, il se produit continuellement des lésions syphilitiques, il est d'accord avec moi, et je m'en félicite. Mais M. Fournier a affirmé le contraire, en déclarant (en 1894) que ces maladies sont d'origine et non de nature syphilitique.

M. Gaucher. — Il faut, dans la paralysie générale et le tabes, rapprocher l'origine et la nature, puisque d'après des faits nouvellement publiés, le traitement *guérirait* lorsqu'il est appliqué à très fortes doses. M. le Pr Lemoine dans un cas a vu la guérison d'un tabes se produire avec des injections faites à la dose journalière de 0,06 centigrammes de benzoate de mercure. J'ai moi-même présenté, il y a 10 ans, un cas de guérison du tabes par le traitement mercuriel. Je pense qu'il faut également traiter la leucoplasie.

M. Hallopeau. — Je ne suis pas d'accord avec M. Leredde, car je ne crois, en aucune mesure, à l'action des mercuriaux non plus que de l'iodure sur le tabes confirmé; si la médication spécifique peut être efficace, c'est exclusivement au début des manifestations spinales et de ce que l'on peut appeler les poussées tabétiques; je l'ai vue enrayer, dans ces périodes, plusieurs cas de tabes. Je n'en citerai qu'un : un de mes clients a éprouvé, dix ans après le début de sa syphilis, des douleurs fulgurantes en même temps que des incontinences passagères de l'urine, de l'anaphrodisie; sous l'influence d'un traitement spécifique intense et prolongé, il a échappé jusqu'ici au tabes confirmé et le début de ces accidents remonte aujourd'hui à vingt ans.

Sur les leucémides.

Par M. Ch. Audry.

J'appelle *leucémides les exanthèmes prurigineux qui peuvent survenir au cours des différentes variétés de leucémie : qui, cliniquement, dépendent manifestement de la maladie générale, et dont les lésions, parfois elles-mêmes de structure leucémique, ne le sont pas nécessairement et constamment* (1).

Le point de départ du présent travail a été l'observation que j'ai communiquée à la Société dans le courant de l'année dernière.

Il semble qu'on puisse actuellement considérer comme acquis ce point établi par les recherches d'Ehrlich et de ses élèves : que la leucémie et la pseudo-leucémie représentent de simples variétés d'une seule maladie.

Il y a des leucémies myélogènes, ou lymphatiques ; parmi ces

(1) Cf. Germès, Des leucémides, *Thèse* Toulouse, 1902.

variétés il en existe où la leucocytose fait défaut (adénie, pseudoleucémie); mais alors, il existe une lymphocythémie notable; c'est-à-dire qu'en pareil cas, la proportion des globules blancs aux rouges n'est pas sensiblement modifiée, mais les lymphocytes prennent dans l'équilibre leucocytaire une importance tout à fait anormale.

Dans un travail remarquable, Pincus distingue trois classes d'altérations cutanées survenues au cours des différentes leucémies; ce sont :

1° Les tumeurs leucémiques de la peau;

2° La lymphodermie pernicieuse de Kaposi;

3° Les poussées exsudatives, urticariennes ou prurigineuses ne consistant pas en dépôts de cellules leucémiques, mais paraissant provoquées par la maladie générale.

C'est à cette dernière classe qu'appartiennent les faits que j'appelle leucémides; je me sépare seulement de Pincus sur ce point : que parmi ces derniers accidents, il en est qui réellement dépendent anatomiquement de la leucémie.

Pour nous, Français, cette séparation offre un avantage considérable : il nous permet d'éliminer toute discussion au sujet des tumeurs leucémiques et de la lymphodermie pernicieuse dont les rapports avec certaines formes de mycosis fongoïde ou de prémycosis ne sont pas suffisamment éclaircis.

Que, pendant le cours de la leucémie ou de la pseudo-leucémie lymphocythémique il se produise des troubles et des lésions de la peau, c'est ce dont la lecture des observations les plus anciennes ne nous permet absolument pas de douter. On peut même dire que ces accidents s'y rencontrent d'une manière extrêmement fréquente. On en trouvera des exemples circonstanciés dans la thèse de Germès, et je suis persuadé que de nouvelles recherches en augmenteraient encore le nombre.

En réalité, ces troubles du côté de la peau sont extrêmement variés, et si différents les uns des autres qu'ils ne peuvent pas être confondus.

Il faut d'abord mettre à part un certain nombre d'accidents dont la spécificité est douteuse et qu'on peut rencontrer dans un grand nombre de cachexies; ainsi les pyodermites telles que l'acné, les furoncles, l'ecthyma, l'état xérosique, les sueurs profuses, etc.

On a décrit des ulcérations de la peau et des muqueuses dont l'interprétation est encore douteuse, mais où les infections secondaires jouent un rôle assurément fort actif.

D'autre part, parmi les altérations que je viens de mentionner, le plus grand nombre est indirectement provoqué par des troubles des lésions dont l'origine leucémique ne paraît pas douteuse.

Ce sont les hémorrhagies et le prurit.

Les hémorrhagies, d'abord, sous forme d'ecchymoses ou de purpura, s'expliquent facilement par l'altération du sang.

Le prurit est actuellement plus difficile à interpréter exactement. En tous cas, il est fréquent, extrêmement violent, et d'une ténacité désespérante ; il existe indépendamment de toute lésion appréciable du tégument, vient se greffer sur des dermatoses antérieures s'il en existe, et engendre les stigmates, les désordres habituels au grattage.

Non seulement ce prurit est indépendant des lésions cliniquement perceptibles, mais encore il ne correspond à aucun désordre histologique (Hallopeau et Prieur, moi-même, etc.).

D'une manière générale le prurit, qui peut être indépendant des lésions anatomiques, accompagne la plupart des autres exanthèmes que je désigne sous le nom de leucémides.

Celles-ci affectent des apparences et des dispositions variées : éruptions vésiculeuses, urticaire, papules, pomphi vésiculeux, éléments de prurigo. M. Joseph a beaucoup insisté sur ce fait, antérieurement indiqué, que les leucémiques peuvent présenter des accidents cutanés absolument semblables à ceux du prurigo vulgaire ; l'urticaire est signalée souvent. Ma malade offrait des pomphi durs, persistants, surmontés d'une grosse vésicule, profonde et dure. Tous ces phénomènes appartiennent à la même série.

Cependant, on n'est pas autorisé à les confondre parce qu'un grand nombre de ces éléments éruptifs sont éphémères, tandis que d'autres semblent durables, sinon définitifs. Nous n'avons que des renseignements assez incomplets sur leur structure ; cependant on y a mentionné avec précision (Wagner, M. Joseph) l'existence d'infiltration leucémique ; au surplus, rien ne nous empêche d'admettre la possibilité de leur résorption ; nous avons, par ailleurs, bien assez d'exemples de ce genre pour être autorisés à l'admettre.

Il s'ensuit que, touchant la structure, la nature réelle de nombre de ces désordres, nous ne sommes que très incomplètement édifiés ; parmi les leucémides, les unes sont leucémiques anatomiquement, les autres point ; mais en fait, toutes ressortissent à la maladie générale.

Toutes ces manifestations cutanées ne paraissent bien influencées ni par la date, ni par la forme, ni par la marche de la leucémie. Cependant, on peut admettre que les formes éruptives fixes, semblent appartenir à des variétés plus malignes ; que les accidents hémorrhagiques figurent parmi les phénomènes précoces aussi bien que parmi les tardifs.

Seulement ils ne paraissent pas offrir de gravité autre que celle d'un prurit pénible et à peu près irrémédiable. On ne les a pas

encore vus se transformer en d'autres syndromes, en tumeurs, par exemple, ou en nappes érythrodermiques ; ils demeurent identiques à eux-mêmes jusqu'au bout. Quelquefois le prurit disparaît pendant la période ultime.

Enfin, et cela est tout à fait important, il n'y a aucun rapport entre la forme affectée par la maladie leucémique et les variétés éruptives observées ; qu'il s'agisse de leucémie vraie, ou de pseudoleucémie lymphocythémique, les accidents sont les mêmes. Il paraît cependant que les leucémies myélogènes y disposent beaucoup moins que les lymphatiques. Tout cela, bien entendu, sous bénéfice d'inventaire, et jusqu'au jour où des observations nouvelles, plus complètes et plus nombreuses, achèveront de nous éclairer sur ce sujet.

Les parapsoriasis.

Par M. L. Brocq.

Nous désignons sous le nom générique de Parapsoriasis toute une série d'éruptions, des plus rares, qui ont été décrites par Unna sous le nom de *Parakeratosis variegata*, par Jadassohn sous celui de *Exanthème spécial psoriasiforme et lichénoïde*, puis sous celui de *Dermatite psoriasiforme nodulaire*, par Juliusberg sous celui de *Pityriasis lichénoïde chronique*, par Brocq sous celui d'*Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées*, par Radcliffe Crocker sous celui de *Lichen variegatus*.

D'après les faits que nous avons personnellement observés, nous croyons devoir en distinguer trois variétés ou, pour mieux dire, trois formes objectives principales; les divers faits publiés par les auteurs jusqu'à ce jour peuvent rentrer dans ce nouveau cadre.

La *première variété*, à laquelle nous donnons le nom de Parapsoriasis en gouttes, est caractérisée objectivement par une éruption maculo et papulo-squameuse aplatie, sans infiltration notable du derme, variant comme teinte du rose un peu bistre au rouge brunâtre, suivant les localisations, peu ou point prurigineuse, ne donnant pas au coup d'ongle le piqueté hémorrhagique et la surface lisse, luisante du psoriasis, mais ayant parfois une certaine tendance à saigner par le grattage, ressemblant dans son ensemble à une éruption de syphilis secondaire sans infiltration, ou à un psoriasis en gouttes avorté, localisée surtout au tronc et aux membres, laissant presque toujours indemnes la face et les extrémités, ayant une évolution lente, et offrant une grande résistance

(1) Voir pour plus de détails le mémoire original complet qui sera prochainement publié dans les *Annales de Dermatologie*.

au traitement local. C'est dans cette variété que rentrent probablement les cas de Jadassohn.

La *deuxième variété*, à laquelle nous donnons le nom de PARAPSORIASIS LICHÉNOÏDE, est caractérisée objectivement par un début par des papules minuscules de la grosseur d'une tête d'épingle, aplaties, brillantes, et ressemblant alors à des papules de lichen plan avortées, sauf la couleur qui est plus vive, parfois déprimées et ayant l'aspect atrophique, parfois plus volumineuses et légèrement squameuses, ne donnant jamais alors au coup d'ongle les caractères du psoriasis, peu ou point prurigineuses, ayant de la tendance à former des réseaux à travées plus ou moins étroites, sinueuses et irrégulières, encerclant des zones plus ou moins larges de peau saine ou à peu près saine, formant aussi dans certains cas des plaques irrégulières, plus ou moins étendues, et dans ce cas constituant des formes de passage vers la troisième variété, ayant des colorations variables, du rose pâle au rouge brunâtre suivant les localisations, et par suite donnant dans son ensemble un aspect général bigarré au malade, localisées surtout au tronc et aux membres, laissant presque toujours la face indemne; ayant une évolution des plus lentes et offrant une grande résistance au traitement local. C'est dans cette variété que doit rentrer le lichen variegatus de Radcliffe Crocker et peut-être la parakeratosis variegata de Unna.

La *troisième variété*, à laquelle nous donnons le nom de PARAPSORIASIS EN PLAQUES, est caractérisée objectivement par des plaques circonscrites assez bien limitées, de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments, d'une teinte variant du rose pâle au rouge bistre ou livide suivant les sujets et suivant les localisations, présentant une fine desquamation pityriasique plus ou moins marquée suivant les sujets, mais qui peut faire défaut, ne donnant jamais au coup d'ongle les caractères du psoriasis, semblant parfois en certains points être constituées par des agrégats de petites papules aplaties, et dans ce cas pouvant être considérées comme des faits de passage vers la deuxième variété, sans infiltration appréciable des téguments à la vue ou au toucher, n'envahissant que fort rarement la face, ne donnant que peu ou point de sensations subjectives, évoluant avec une extrême lenteur et offrant une résistance des plus grandes au traitement local. Cette troisième variété correspond à nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées, et aux faits de White.

Au point de vue histologique, ces affections sont caractérisées par une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux papillaires qui sont dilatés, par de l'aplatissement des papilles, et par une tendance à leur disparition, par de l'œdème très accentué des parties supérieures du derme et de l'épiderme, par une presque disparition

de la couche germinative, par de la dilatation des espaces intercellulaires de la couche épineuse, et l'existence de quelques leucocytes dans ces espaces, par de l'œdème de la couche granuleuse qui manque par places; au niveau de ces derniers points on trouve des noyaux dans les cellules de la couche cornée.

La durée de ces dermatoses est des plus longues : elles ne s'accompagnent que de peu ou point de prurit; leur retentissement sur la santé générale est nul. Le topique qui semble avoir le plus d'efficacité est l'acide pyrogallique employé avec persévérance et énergie.

Un nouveau cas de parakeratosis variegata.

Par M. Méneau.

Les cas de Parakeratosis variegata depuis la publication d'Unna, Santi et Pollitzer en 1890, ne sont pas très nombreux. Si l'on exclut de cette entité clinique les types très voisins d'érythrodermie pityriasique en plaques disséminées de Brocq, de dermatite psoriasiforme nodulaire de Jadassohn, de pityriasis chronique lichénoïde de Juliusberg, d'exanthème lichénoïde psoriasiforme de Neisser, on ne trouve guère d'autres observations de parakeratosis variegata que celles publiées en Angleterre par Jamieson à la *British medical Association* en 1898, par C. Fox, R. Crocker à la *Dermatological Society of London* en 1900, sous le nom de Lichen variegatus, Fox et Mac Leod, en 1901 (*British journal of dermatology*), Abraham à la *Dermatological Society of Great Britain* en janvier dernier.

Il m'a donc paru intéressant de vous présenter, ne fût-ce qu'à titre documentaire, l'observation suivante prise à la clinique dermo-syphiligraphique de mon excellent maître, M. le professeur Dubreuilh, à l'obligeance duquel je dois de pouvoir la publier.

Observation. — Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, chez lequel l'éruption a débuté vers l'âge de 10 ans et depuis lors est restée absolument stationnaire. De taille moyenne, fort, robuste, le sujet n'a aucune tare constitutionnelle, n'a jamais fait de maladie grave, n'a jamais quitté la France et jouit d'une santé parfaite, au point de vue général. L'éruption occupe surtout les segments supérieurs des membres (épaules, bras, fesses, cuisses). Elle est assez abondante sur les avant-bras, surtout au voisinage des coudes, sur l'abdomen et sur les flancs. La poitrine et le dos sont à peu près indemnes ; la face, le cou, les mains et la moitié inférieure des avant-bras, les jambes et les pieds sont complètement respectés. Sur les régions atteintes, l'éruption envahit également les surfaces d'extension et de flexion et ne présente aucune systématisation. Son aspect est partout le même. Elle est constituée par des taches brun rougeâtre, dont la grandeur varie de

1 à 6 centimètres; les plus petites, jusqu'à 3 ou 4 centimètres, sont régulièrement circulaires et bien limitées; les plus grandes sont irrégulières, sans présenter toujours un contour polycyclique, et quelquefois leur limitation est un peu diffuse; elles sont disséminées sans aucun ordre. La couleur des plaques varie du brun jaune au rouge brun, mais quand on fait pâlir ces dernières par la pression, on voit qu'elles restent brunes ou jaunâtres. Celles qui sont déjà brunes ne pâlissent aucunement par la pression. Leur coulenr normale est brune, mais elles rougissent à la moindre irritation (frottement de la main, contact de vêtements de laine, etc.).

Il n'y a aucune infiltration de la peau à leur niveau, aucune induration. Elles ne font pas saillie, même quand elles sont irritées et rouges; la peau conserve toute sa souplesse.

La surface des plaques est un peu rude et sèche au toucher; sur les plaques brunes on ne voit pas de desquamation, mais l'épiderme est plus sec, moins souple que normalement. On ne sent pas l'onctuosité de la peau normale, le grain y est moins fin. Les plis de flexion sont un peu plus marqués et les petites aires qu'ils déterminent sont planes et luisantes, comme sur la peau sénile, xérodermique ou anormalement sèche. Sur certains points, il n'y a presque que de la pigmentation; sur d'autres, on trouve un peu de desquamation farineuse et quelques lésions de grattage. Pas de saillies folliculaires ni de bouchons cornés. La couche cornée a sa consistance normale, le grattage n'arrache pas de lambeaux et ne fait pas de traînées blanches. La démangeaison ne se fait sentir que quand les plaques sont irritées et deviennent rouges, sous l'influence d'un contact avec des vêtements de laine.

Les lésions sont absolument stationnaires. La saison n'a aucune influence. Il n'y a jamais de guérison même passagère, ni de rémission. Du plus loin qu'il se souvienne, le malade n'a observé aucun changement. Ce sont les mêmes plaques qui persistent depuis des années, sans changement d'aucune espèce. Il y a notamment à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras droit une plaque ronde, isolée, grande comme une pièce de un franc, que le malade a particulièrement remarquée, parce qu'elle frappe ses regards, toutes les fois qu'il fait sa toilette; or cette plaque est exactement, à l'heure actuelle, ce qu'elle était il y a dix ans. Du reste, il affirme n'avoir jamais vu aucune tache disparaître ou même se modifier. La peau est assez grasse partout, il existe un peu de séborrhée sèche du cuir chevelu, mais rien qui rappelle l'éruption des membres. Pas d'examen histologique.

Traitement. — Pommade avec : axonge 50, acide pyrogallique 1; chrysarobine, 0,50.

Diagnostic différentiel. — Il ne s'agit certainement pas de *psoriasis*, car celui-ci est plus franchement squameux, les plaques blanchissent nettement et saignent au grattage; quand elles sont desquamées, elles sont rouges et non pas brunes, elles sont beaucoup moins fixes et ont des sièges de prédilection différents. Dans les cas anciens, les plaques sont généralement beaucoup plus vastes que dans le cas actuel, et le cuir chevelu est intéressé la plupart du temps.

Dans le *lichen plan*, nous ne trouvons pas cet aspect marbré qui fait la caractéristique de la maladie ; l'infiltration est plus grande, le prurit est plus intense, le nervosisme et ses troubles manquent rarement.

L'*eczéma séborrhéique* est plus prurigineux, plus squameux, plus polymorphe et moins lisse ; les squames sont plus grasses.

Les *dermatites exfoliatrices* primitives ou secondaires n'ont pas de marbrures analogues. Elles s'accompagnent de troubles subjectifs beaucoup plus graves ; les cheveux, les poils et les ongles sont généralement intéressés.

L'*exanthème psoriasiforme et lichénoïde* de Jadassohn et de Neisser en diffère par la facilité avec laquelle le grattage détermine des hémorrhagies.

Dans l'*érythrodermie pityriasique en plaques disséminées* de Brocq, le milieu des plaques est plus rosé, la desquamation pityriasique plus générale ; les rémissions et les exacerbations sont beaucoup plus marquées, les phénomènes éruptifs semblent s'aggraver avec l'âge.

Le *pityriasis lichénoïde chronique* de Juliusberg, la *dermatite psoriasiforme nodulaire* s'en rapprochent beaucoup par la même allure de symptômes subjectifs marqués. Il est du reste probable, en raison de la similitude d'aspect clinique, que toutes ces dernières dermatoses ne forment au total que des variétés de l'affection qui nous occupe.

Le diagnostic de parakeratosis variegata nous paraît cependant s'imposer par : 1° sa venue chez un homme encore tout jeune, mais déjà arrivé à l'âge adulte, de bonne santé habituelle et de constitution robuste ; 2° son début par des macules de petites dimensions, à surface aplatie, recouvertes d'une squame adhérente que le grattage peut arracher sans provoquer d'hémorrhagie ; 3° l'aspect marbré de la peau par suite de la disposition et de la couleur des plaques ; 4° l'absence de lésions à la face, au cuir chevelu, aux extrémités ; 5° la marche essentiellement chronique sans rémissions ni exacerbations ; 6° l'absence de symptômes subjectifs importants.

Nous aurions été heureux de confirmer le diagnostic clinique par un examen histologique qui malheureusement n'a pas été fait, mais *cliniquement*, nous nous croyons autorisé à ranger ce cas parmi ces inflammations superficielles du derme avec modifications épidermiques secondaires décrites par Unna en 1890, et, bien que l'affection n'ait pas présenté la disposition réticulée et les variations distinctes décrites par Mac Leod et Fox, tout à côté de celles décrites par Brocq en 1897, sous un nom différent, dont elle n'est peut-être en somme qu'une variété.

M. Brocq. — Je crois que le cas de M. Méneau rentre dans les parapsoriasis en plaques ; il n'a pas débuté par les petits éléments qui se grou-

pent et forment des plaques, comme dans les parapsoriasis lichénoïdes. Je ne crois pas non plus qu'il s'agisse ici d'un mycosis fongoïde au début. Or l'on sait que c'est là le diagnostic le plus important à poser quand on est en présence d'une de ces éruptions ambiguës. Toutes les fois qu'il y a prurit, il faut songer à la possibilité de phases de début de cette affection, et pratiquer l'examen histologique.

M. Leredde. — Il n'y a pas dans ces cas comme dans le mycosis de plasmomes et, d'autre part, l'examen du sang peut renseigner.

M. Audry. — Je ne connais pas la forme variegata. Je connais, pour l'avoir rencontrée rarement, la variété en plaques.

En ce qui touche les variétés en goutte, je ne les crois pas extrêmement rares ; elles sont évidemment souvent confondues avec le psoriasis. J'ai été très frappé de la couleur jaune brun, sucre de pomme, des papules superficielles, squameuses. La maladie, telle que je la connais, procède par poussées assez éphémères, mais récidive indéfiniment.

Diagnostic clinique et histologique de l'ulcus rodens.

Par MM. Dubreuilh et B. Auché.

Si l'on considère les épithéliomes de la peau et notamment ceux de la face qui sont de beaucoup les plus communs, on ne peut manquer d'être frappé de leur extrême diversité tant clinique qu'histologique. On a de tout temps remarqué la fréquente bénignité de l'épithélioma de la face comparée à d'autres épithéliomas, celui de la langue par exemple. Cette bénignité est cependant loin d'être constante ; il est des cas qui envahissent les ganglions et se généralisent et il n'est pas sans intérêt d'étudier à quelles particularités cliniques et histologiques correspondent ces différences, de prévoir la marche possible d'un épithélioma et de diriger le traitement en conséquence.

Les auteurs anglais ont les premiers séparé l'ulcus rodens des formes malignes de l'épithélioma de la face, mais ils l'ont pendant longtemps distingué de l'épithélioma, considérant que ce mot était inséparable de l'idée de malignité. Les Allemands avec Thiersch reconnaissant un épithélioma dans l'ulcus rodens des Anglais, en faisaient le type du cancer superficiel par opposition au cancer profond. Cette distinction n'a pas eu d'influence parce que mal établie. Il y a en effet des épithéliomas très superficiels qui envahissent les ganglions et des épithéliomas térébrants qui ne les envahissent pas. En France, Verneuil avait bien différencié l'ulcus rodens sous le nom d'adénome et d'épithélioma sudoripare, mais il a été démontré que les glandes sudoripares n'étaient pour rien dans sa genèse et cette distinction a été perdue de vue.

On peut distinguer dans les épithéliomas de la face trois types cliniques principaux.

I. — L'épithélioma ou cancroïde de la lèvre inférieure. Il naît sur le bord incarnat de la lèvre, souvent sur une plaque de leucokératose. Il forme d'emblée une tumeur infiltrée dans l'épaisseur de la lèvre, souvent assez mal limitée et relativement peu saillante au dehors. Sa malignité est inférieure à celle du cancer de la langue avec lequel il a beaucoup d'analogie, mais elle est certainement supérieure à celle de toutes les autres formes d'épithélioma de la face. Il s'infiltre dans les tissus, envahit les ganglions, peut se généraliser et récidive souvent sur place après des opérations en apparence complètes.

II. — L'épithélioma vulgaire de la face. Il débute en un point quelconque de la face, surtout dans la zone moyenne qui s'étend de l'une à l'autre oreille. Il s'observe surtout chez les campagnards ou chez ceux qui ont beaucoup vécu au grand air. Il ne se montre guère que sur les parties de la face qui sont le plus exposées au soleil. Il débute généralement sur une plaque de kératose sénile qui s'épaissit, s'indure et s'ulcère. Il forme au début soit une tumeur globuleuse, saillante, peu profondément infiltrée, soit un ulcère induré suppurant, saignant et bientôt fongueux et végétant; les bourgeons fongueux qui le couvrent sont d'une extrême friabilité. L'envahissement ganglionnaire est assez fréquent, mais très irrégulier comme époque d'apparition. Une fois commencé, il marche rapidement, atteint les ganglions de proche en proche et peut aboutir à la généralisation viscérale, à la cachexie et à la mort. La marche de cette forme est plus rapide que celle de l'ulcus rodens, l'infiltration des tissus sous-jacents plus profonde et plus diffuse, l'aspect plus inflammatoire.

III. — L'ulcus rodens siège généralement dans la moitié supérieure de la face et notamment au voisinage de l'angle interne de l'œil. La lumière solaire n'a pas d'influence sur son développement. Il débute sans avoir été précédé d'une altération précancéreuse de la peau, par un nodule saillant ferme, rose ou pâle. Ce nodule grandit, s'ulcère au centre et forme un ulcère plat à fond uni ou couvert de petits mamelons roses et fermes, peu saignant, ne sécrétant qu'une faible quantité de sérosité. Les bords forment un bourrelet étroit très dur, très nettement limité, d'une couleur rose jaunâtre, quelquefois pigmenté en gris, recouvert d'un épiderme mince et ayant les caractères du nodule du début. L'évolution est très lente, dure cinq, dix, vingt ans, les ganglions lymphatiques restent toujours indemnes quelle que soit la durée de la maladie. La lésion récidive sur place avec ténacité pour peu que son extirpation ait été incomplète.

A ces différences cliniques correspondent des différences histologiques, mais cette étude que nous avons l'intention de compléter, n'est encore qu'ébauchée et ce n'est que pour le dernier type, pour l'ulcus rodens, que l'on peut établir nettement un type anatomique correspondant au type clinique. Nous pouvons provisoirement caractériser ces différents types comme suit :

I. — Le cancroïde de la lèvre inférieure est formé de cellules volumineuses à type nettement épidermique, avec des filaments d'union parfaitement caractérisés contenant souvent des grains de kératohyaline et formant des globes cornés manifestes. Ces cellules néoplasiques s'infiltrent dans les tissus voisins qui sont remplis de cellules plasmatiques.

II. — L'épithélioma vulgaire de la face a une structure histologique assez variable. Tantôt il est formé de cellules nettement épidermiques en évolution cornée manifeste ; il ressemble alors beaucoup au type précédent. Tantôt il est formé de cellules assez petites et indistinctes, plus grosses cependant que dans l'ulcus rodens, avec des globes cornés rares ou seulement ébauchés ; il est disposé en amas mal limités dans un stroma infiltré de cellules plasmatiques.

III. — L'ulcus rodens est formé de cellules très petites dans esquelles le caractère épidermique est très effacé. Les limites des cellules ne sont pas accusées, il n'y a pas de filaments d'union typiques ; on trouve il est vrai assez souvent des prolongements étoilés réunissant les cellules voisines, mais ils diffèrent assez des filaments d'union typiques, pour que nous ne puissions pas affirmer leur identité. Il n'y a pas de kératohyaline, les globes épidermiques qu'on y rencontre quelquefois sont petits, ébauchés, sans kératinisation proprement dite ; ils sont constitués par des groupes de cellules aplaties concentriquement autour de quelques cellules ayant subi une dégénérescence plutôt colloïde que cornée. En revanche, il y a constamment une tendance marquée à la formation de kystes microscopiques ou plus volumineux par suite des dégénérescences cellulaires variées. Les cellules néoplasiques sont groupées en amas bien limités, séparés par un stroma pauvre en éléments cellulaires, avec peu de cellules plasmatiques, constitué par du tissu fibreux adulte ou, par places, par du tissu muqueux.

Ce n'est que pour l'ulcus rodens que la corrélation entre le type clinique et la structure histologique est assez constante pour que l'on puisse conclure de l'un à l'autre, prévoir la structure histologique de par l'aspect clinique et reconnaître par l'examen microscopique à quelle forme clinique l'on a affaire.

Remarquons en passant que, contrairement à l'opinion classique, c'est dans la forme la plus bénigne que les cellules néoplasiques sont

les plus éloignées de leur type originel, qu'elles ont le plus perdu l'apparence épidermique pour prendre l'apparence embryonnaire, et que c'est dans la forme la plus maligne qu'elles ont le mieux conservé l'aspect et l'évolution épidermique.

La même description histologique s'applique assez bien à toutes les formes de l'ulcus rodens, mais il y a des formes cliniques assez différentes bien qu'elles aient toutes un air de famille. Nous avons distingué le type nodulaire, le type vulgaire, le type térébrant et le type atrophique.

Le type vulgaire est le mieux connu et le plus décrit, c'est celui dont nous avons esquissé la description plus haut.

Le type térébrant est aussi bien connu; ses affinités avec le type vulgaire sont parfaitement reconnues par tous ceux qui l'ont observé et décrit. On peut remarquer que c'est à l'ulcus rodens de forme térébrante que doivent être attribués les plus graves délabrements de la face; ni la tuberculose, ni la syphilis, ni aucune autre forme d'épithélioma n'est douée d'une pareille puissance destructive.

Le type atrophique est rare et peu connu, aussi est-il l'occasion de fréquentes erreurs de diagnostic; on le prend pour de la syphilis tertiaire ou surtout pour du lupus, en raison de sa marche lente et serpigineuse et de ses tendances cicatricielles. Dans les quelques observations publiées où sa nature épithéliomateuse est reconnue, il est nettement rattaché à l'ulcus rodens.

Le type nodulaire est certainement celui qui prête le plus à la discussion. Sa parenté avec les autres formes ne nous paraît pas douteuse, bien que nos premières observations aient été recueillies sous le titre d' « épithélioma kystique bénin ». Il diffère des autres types par sa plus fréquente multiplicité, par la fréquence des kystes, qui, parfois, constituent la presque totalité de la tumeur; par l'absence d'ulcération même après de nombreuses années. Ces nodules ont exactement la même structure histologique que les lésions ulcérées de type vulgaire. Ils ont au point de vue clinique une ressemblance frappante avec le bourrelet qui encadre l'ulcère dans la forme ordinaire, et plus encore avec les nodules arrondis qui remplacent le bourrelet continu dans certains cas. Quand on étudie le début d'un ulcus rodens classique, on reconnaît qu'il se fait par un nodule arrondi perlé, identique à ce que nous avons appelé la forme nodulaire et que les rechutes après une opération incomplète se font souvent sous forme d'un nodule identique. La seule différence appréciable, c'est que dans la forme purement nodulaire, les kystes sont plus fréquents et plus développés que dans les nodules de récidive ou le bourrelet qui encadre les ulcérations. Cela s'explique facilement parce que les tumeurs ont une marche très lente, et restent des années stationnaires; les altérations diverses qui donnent nais-

sance aux kystes ont donc tout le temps de se développer, tandis que dans la forme commune l'ulcération empêche la formation de kystes volumineux.

L'ulcus rodens débute toujours par un nodule, celui-ci s'ulcère d'une façon précoce, ou au bout de quelques mois, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou encore persiste indéfiniment sans s'ulcérer. La forme nodulaire n'est donc qu'un ulcus rodens arrêté à sa phase de début.

Coelonychie.

Par M. Frèche.

On a donné le nom de koilonychie (Heller), de spoon-nails, ongles en cuiller (R. Crocker), à une dépression cupuliforme de la lame unguéale, non congénitale, non parasitaire et indépendante de toute lésion inflammatoire de la matrice ou du lit de l'ongle ou de la peau du voisinage. Cette malformation, que nous dénommerons coelonychie, paraît être rare puisque Heller, dans son traité des maladies des ongles, n'en a relevé dans toute la littérature que 5 cas, y compris une observation personnelle. Cette rareté tient probablement à ce que l'affection incommodant fort peu les malades, ceux-ci ne songent point à aller réclamer des soins pour cette légère difformité. Les 3 cas de coelonychie que nous avons eu l'occasion d'observer, existaient chez des malades venus pour des affections toutes différentes.

La lame unguéale normale présente ordinairement deux incurvations à convexité supérieure, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale. Dans la coelonychie au contraire, la lame unguéale est congénitalement plane et mince dans son ensemble et vers le milieu de cette lame unguéale, plus près cependant du bord libre, on voit une dépression assez nettement circulaire, en forme de godet, profonde de 2 à 3 millimètres environ et occupant la moitié au moins de la lame. Cette dépression de la lame unguéale entraîne naturellement au même niveau une dépression du lit. La surface de l'ongle peut être à peu près normale, ou bien présente quelques fissures longitudinales ou de petits écaillements sans importance. Son extrémité libre est friable et cassante comme, du reste, dans tous les ongles minces. Mais au niveau du sillon terminal on voit de chaque côté une hyperkératose plus ou moins dense, faisant corps avec la face inférieure de la lame et avec le lit, placée là comme deux coins qui relèvent la lame, et qui est probablement, comme nous le verrons, l'origine de la déformation.

Dans certains cas, cette hyperkératose se voit par transparence sur la face supérieure de l'ongle où elle forme une zone brunâtre un peu

analogue à celle qu'on rencontre dans le psoriasis sous-unguéal. Le lit de l'ongle est peu modifié dans sa couleur, il a cependant une teinte plus blanche que normalement. La lésion est absolument indolore. L'examen microscopique ne permet de déceler aucun champignon.

Observation I. — Vve D... La malade a eu de tout temps les ongles plats et un peu minces, mais la déformation qui nous occupe ne date que de l'âge de 30 ans. A cette époque, la malade, qui lavait beaucoup de linge, constata que ses ongles devenaient mous, qu'ils s'écaillaient facilement et presque en même temps s'est produite la déformation actuelle. Cette déformation consiste en une dépression cupuliforme de 3 millimètres de profondeur dans sa partie centrale, assez nettement circulaire. Les bords de cette dépression ne sont pas taillés à pic ; ils vont en pente douce comme dans un godet. La longueur de l'ongle est de 1 centimètre et demi ; les dimensions de la cupule étant de 1 centimètre, celle-ci ne comprend donc pas toute la surface unguéale, mais les deux tiers antérieurs seulement. Les ongles des deux mains sont déprimés en godet, sauf celui de l'auriculaire gauche. Les déformations les plus accusées sont sur les deux pouces. Les ongles malades présentent un décollement latéral qui va plus ou moins près du repli sus-unguéal. Sur les ongles les plus malades il atteint ce repli de chaque côté; sur les autres il en est distant de 3, 4 ou 5 millimètres. La surface de l'ongle est lisse, polie, non éraillée sur les ongles où la dépression est la moins profonde; à peine y voit-on un peu d'exagération des cannelures longitudinales, chose à peu près normale chez une malade de cet âge. Les ongles les plus déprimés sont légèrement striés longitudinalement; on y voit quelques écaillements et quelques fissures superficielles. La lunule n'est pas visible. Le bord libre de tous les ongles est cassant, légèrement fendillé. Croissance normale.

La lésion principale consiste en une hyperkératose sous-unguéale latérale qui relève les deux côtés de la lame et lui donne cet aspect en cuiller. Cette hyperkératose est très dense; elle fait intimement corps avec la face inférieure de la lame unguéale dont il est impossible de la séparer et elle fait corps également avec le lit. L'hyperkératose, paraît-il, débute de chaque côté plus ou moins loin du repli sus-unguéal et s'étend vers l'extrémité libre, mais sur aucun ongle les hyperkératoses latérales ne se rejoignent à la partie antérieure; elles s'arrêtent à 5 millimètres de chaque côté de la ligne médiane. La portion terminale médiane est toujours accolée au lit sain. Il n'existe ni rougeur ni douleur du repli sus-unguéal ni des portions cutanées voisines. Pas d'onychomycose. La Vve D... a toujours joui d'une bonne santé. Les ongles des pieds sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité. La mère présentait, paraît-il, la même malformation. Les trois filles de la malade, âgées de 40, 36 et 30 ans, ont toutes les ongles minces et plats. La première, que nous n'avons pas pu voir, présente au niveau de l'index gauche une dépression cupuliforme avec tendance au relèvement des bords.

Obs. II. — Edmond T..., 52 ans. Le malade a toujours eu les ongles plats et extrêmement minces. Il est cependant le seul de sa famille qui présente

cette particularité. Les cheveux sont gros et épais. Calvitie du sommet depuis l'âge de 40 ans. Le début de la lésion a passé inaperçu. Les mains sont très grandes et épaisses. La lame unguéale a des dimensions à peu près correspondantes à celles des mains, mais elle est au niveau de tous les doigts d'une extrême minceur. Elle a l'épaisseur d'une feuille de parchemin, molle, dépressible. Il n'y a pas de modification appréciable de la couleur du lit.

Main gauche. — L'ongle du pouce est plat; l'extrémité du doigt est plate sur sa face dorsale, arrondie et renflée dans sa portion terminale et palmaire. Tous les doigts ont la même conformation. Les replis sus-unguéaux et épidermiques sus-unguéaux sont normaux, la lunule a environ 3 à 4 millimètres à la partie médiane; elle est très peu visible, sa couleur n'étant pas sensiblement différente de celle du lit qui est rose violacé pâle. L'ongle a 2 centimètres de long, il est aplati jusqu'à 12 millimètres et relevé en visière sur tout son pourtour libre. La lame unguéale est décollée jusqu'à 3 ou 5 millimètres du repli sus-unguéal de chaque côté. Vu par sa face supérieure, on aperçoit près de l'extrémité libre une bande légèrement brunâtre de 4 à 5 millimètres, limitée en arrière par un fin liséré blanchâtre de 1 demi-millimètre. Cette bande brune tient à la présence d'une hyperkératose sous-unguéale plus intense sur les bords et dont le liséré blanchâtre constitue la limite postérieure. A l'extrémité médiane l'hyperkératose fait complètement défaut sur une largeur de 6 millimètres. En ce point l'ongle est intimement accolé au lit. Il n'existe qu'une simple ébauche de dépression cupuliforme.

Index. — Ongle plat ; lunule à peine indiquée. Le relèvement de l'ongle n'existe que de chaque côté. Sur la face dorsale de la lame, dépression cupuliforme de 2 millimètres de profondeur, d'un diamètre de 1 demi-centimètre environ. On voit la même bande de décollement légèrement brune de 2 à 3 millimètres de large avec le petit liséré blanchâtre postérieur. Sur le côté radial, hyperkératose de 1 millimètre adhérente à l'ongle dont on peut cependant la détacher. Très mince hyperkératose sur le bord cubital. A l'extrémité, l'ongle sur une largeur de 1 demi-centimètre ne présente pas d'hyperkératose et est intimement adhérent à la peau. Le très fin bourrelet normal qui au-dessus de la pulpe vient s'accoler à la face inférieure de l'ongle pour former le sillon unguéal est très hypertrophié, Il a environ 2 millimètres et fait saillie au niveau de la portion terminale médiane.

Médius. — Même adhérence de l'extrémité médiane de la lame aux parties sous-jacentes, même bourrelet cutané, large de 6 à 7 millimètres, exactement médian ; même bande d'hyperkératose en nappe et dépression cupuliforme dorsale de la grandeur d'une lentille, d'une profondeur de 1 millimètre.

L'annulaire et le petit doigt sont normaux. La lame est très mince, un peu écailleuse, sous forme de petits ilots circulaires avec très mince collerette périphérique.

Main droite. — L'annulaire et le petit doigt sont sains.

L'index présente une dépression cupuliforme de la grandeur d'une grosse lentille, profonde de 2 millimètres, et une adhérence de l'extré-

mité terminale médiane de la lame au lit. Au pouce il y a incurvation plutôt que dépression.

Les ongles se relèvent davantage au niveau des bords lorsque le malade touche l'eau. La dépression cupuliforme est alors plus marquée. Examen microscopique de l'hyperkératose négatif. Sensibilité partout normale.

Nous rapprocherons de ces deux observations à peu près identiques celle d'une 3e malade âgée de 45 ans qui présentait une dépression cupuliforme de tous les ongles, sauf de ceux des deux auriculaires. Ces dépressions étaient arrondies, de 6 à 10 millimètres de diamètre en moyenne. La lame unguéale primitivement plate, mince, offrait quelques stries longitudinales; elle était relevée sur toute l'étendue de son bord libre; il n'y avait donc pas d'adhérence à la partie terminale médiane entre la lame et le lit. Il n'existait pas non plus d'hyperkératose sous-unguéale, mais en interrogeant la malade nous avons appris que cette hyperkératose avait existé au début lors de l'apparition de la dépression cupuliforme; cette hyperkératose très friable pouvait être facilement enlevée. Au moment de notre examen on n'en voit presque plus de traces ; la malade en enlève de temps à autre quelques fragments, mais elle ne se reproduit que très lentement. La malade est blanchisseuse ; le séjour presque constant des mains dans l'eau ramollit sans doute l'hyperkératose et facilite son élimination.

Les cas de coelonychie publiés sont très peu nombreux. Heller, dans son traité, rapporte l'histoire d'une domestique de 25 ans, quelque peu chlorotique, qui présentait depuis 1 an et demi ou 2 ans cette malformation. « Sur les deuxième, troisième et quatrième ongles de la main droite, qui sont les plus atteints, on trouve sur chaque lame unguéale deux zones, l'antérieure (distale) qui va du bord libre jusqu'à peu près à la naissance du tiers antérieur de la lame unguéale.

La limite est formée par une ligne irrégulière due à l'introduction de poussières et de malpropretés dans la substance unguéale, moins compacte que normalement. Cette partie antérieure de l'ongle se trouve dans un état analogue à celui qu'on rencontre dans l'altération eczémateuse des ongles.

Les différentes parties de la substance unguéale n'ont plus la structure solide de l'ongle normal, mais présentent de petites fissures et rayures. Le bord libre est aminci et porte de petites encoches irrégulières ; l'ongle est comme rongé. L'altération principale commence entre cette ligne marginale indiquée plus haut et la racine de l'ongle. Cette partie de l'ongle offre une concavité supérieure. Il y a donc ainsi, sur l'extrémité dorsale du doigt, une dépression en forme de nacelle. Sur les deuxième et troisième doigts cette dépression était telle qu'elle pouvait admettre et conserver 8 à 10 gouttes d'eau versées à l'aide d'un compte-gouttes. Le sillon unguéal est absolument normal ; on ne constate aucune altération pathologique

de la peau de la troisième phalange. Les ongles des orteils sont également normaux. Il n'y a pas d'onychomycose. »

Heller reproduit également une courte observation de Ball : un aide en pharmacie qui avait à rincer beaucoup de bouteilles avec de la potasse, remarqua que les ongles des mains étaient rugueux et déformés; ceux-ci présentaient une excavation en nacelle et s'éliminaient de la matrice qui était mise à nu et ulcérée.

R. Crocker a publié également un dessin de cette malformation.

Rille, de Innsbruck, a communiqué à Heller un dessin et l'observation suivante : une fille de ferme âgée de 35 ans, admise à l'hôpital pour un ulcère de jambe, est très anémique, grande et frêle. Les ongles sont minces, le lit unguéal très plat; la partie moyenne de la lame unguéale est excavée en forme de nacelle, complètement retournée vers le bord libre. La lame unguéale est assez lisse et présente des stries longitudinales assez superficielles. Cette affection existait, paraît-il, depuis l'enfance. Les ongles des orteils sont normaux. Pas d'affection semblable dans la famille.

Enfin, Joseph a présenté à la Société de dermatologie de Berlin un cas de ce genre accompagné de leuconychie totale. La dépression s'accompagnait d'hyperkératose sous-unguéale.

Tels sont les divers cas de coelonychie publiés jusqu'à présent. Le nombre en est trop restreint et les observations trop écourtées, pour qu'on puisse se faire une opinion sur la nature de cette malformation.

« La koilonychie, dit Heller, fut expliquée, à l'occasion de la présentation de Joseph, par l'hyperkératose sous-unguéale qui n'existait qu'au niveau des sillons. Cette hyperkératose, peu accusée dans son cas, faisait complètement défaut dans le mien. Rille, malheureusement, ne parle pas de son existence. Et il conclut ainsi en terminant : « Très probablement dans le cas de Joseph, des processus de kératinisation pathologique ont eu lieu sur le lit unguéal. Lorsque tous les signes d'eczéma et d'hyperkératose sous-unguéale font défaut, il faut admettre qu'il existe des processus d'atrophie d'origine anémique au milieu du lit de l'ongle. »

Eh bien, cette hypothèse d'anémie centrale du lit nous paraît bien difficile à admettre, car une localisation si précise, portant sur plusieurs doigts à la fois, ne s'explique guère.

On rencontre dans la coelonychie deux signes constants : 1° l'ongle mince et plan; 2° l'hyperkératose sous-unguéale. Ce dernier signe, dans une de nos observations, n'a été que passager, mais il a nettement existé à un moment déterminé et cette hyperkératose, quoique transitoire, a été suffisante pour imprimer à la lame unguéale sa déformation qui, elle, s'est maintenue après la disparition de l'hyperkératose.

Donc avec une lame plane et mince d'une part, une hyperkératose de l'autre, placée de chaque côté et au-dessous de la lame d'autre part, la malformation s'explique suffisamment. L'hyperkératose doit d'autant mieux relever la lame et donner cette forme en cuiller qu'elle est presque exclusivement limitée aux deux côtés et que la lame n'offre pas de résistance, étant données sa forme et sa minceur.

Cette hypothèse est d'autant plus plausible que la malformation s'accentue lorsque les malades touchent beaucoup d'eau, c'est-à-dire lorsque la lame est ramollie et en quelque sorte plus plastique et l'hyperkératose gonflée, augmentée de volume, par suite de son hydratation.

Il est plus difficile d'expliquer la localisation de l'hyperkératose aux deux bords et l'adhérence de la portion terminale médiane. On pourra nous objecter que dans le psoriasis les hyperkératoses sous-unguéales ne sont pas accompagnées généralement d'éversion de la lame. C'est que l'hyperkératose ne suffit pas pour produire l'éversion et qu'elle n'a que peu ou pas d'action sur un ongle épais et très convexe.

Pour ce qui est de la teinte anémique qu'on voit dans la coelonychie au niveau de la cupule, elle est simplement due à la compression permanente de la lame incurvée sur le lit. Nous savons, en effet, que la moindre pression sur la lame suffit pour produire une anémie diffuse passagère du lit de l'ongle.

En somme, la coelonychie nous paraît être une malformation mécanique dont la cause (hyperkératose localisée) est encore à expliquer.

Un an d'application photothérapique de l'appareil Lortet-Genoud (Résultats et réflexions).

Par MMM. Gastou, Baudouin et Chatin.

Nous avons depuis un an traité, à l'hôpital Saint-Louis, 146 malades, avec l'appareil Lortet-Genoud. Sur ces 146 malades, 121 étaient atteints de différentes formes de tuberculose cutanée ; 25, d'affections cutanées diverses : épithélioma, folliculites, sycosis, nævi, acné, pelade, etc., etc. Nous apportons aujourd'hui les résultats curatifs obtenus dans les 146 tuberculoses cutanées qui se décomposent ainsi :

Lupus tuberculeux....................	78 cas
Lupus érythémateux..................	25 cas
Tuberculoses cutanées et lupus vorax...	18 cas

La technique du traitement a été identique pour la plupart des

malades: les séances d'applications ont été soit hebdomadaires, soit de trois par semaine, soit journalières, suivant l'étendue du lupus et l'intensité des réactions. L'arc employé était produit sous un courant de 15 à 20 ampères et 50 à 60 volts, avec compression et circulation d'eau froide. La durée des séances a varié de quinze à trente minutes.

Les réactions ont été chez certains malades très intenses, avec bulles volumineuses ; chez d'autres moins nettes, surtout après une longue série d'applications. La réaction se faisait entre 36 et 48 heures, quelquefois plus tôt; consécutivement il se produisait de la suppuration et dans certains cas des bourgeonnements actifs.

Les résultats obtenus ont été : des guérisons totales, des guérisons partielles, enfin chez quelques-uns il ne s'est produit aucune modification favorable. Nous avons noté également la production de végétations et de chéloïdes.

En parlant de guérison nous n'envisageons que la guérison clinique apparente actuelle visible, et non la guérison anatomique vraie, que seul l'examen histologique peut faire affirmer.

Nous nous sommes livrés, pour établir notre statistique, à un long travail de critique. Nos résultats peuvent être en effet, ou trop faibles, ou trop élevés, suivant qu'on envisage le nombre total des malades inscrits, ou le nombre réel de ceux qui sont venus régulièrement.

Sur les 121 malades nous ne comptons ni les disparus, ni ceux qui ont eu un nombre inférieur à 10 séances de traitement. Parmi les disparus : 53 ont cessé le traitement (34 lupus tuberculeux, 10 lupus érythémateux, 9 tuberculoses cutanées).

22 ont un nombre de séances inférieur à 10, dont : 14 lupus tuberculeux, 5 lupus érythémateux, 3 tuberculoses cutanées.

Il ne nous reste donc en réalité que 46 malades sur lesquels nous puissions établir une statistique réelle; ils se répartissent ainsi :

30 lupus tuberculeux,
10 lupus érythémateux,
6 tuberculoses cutanées ;

sur les 30 lupus tuberculeux, 11 ont eu une guérison totale, 12 une guérison partielle, 7 aucune amélioration. Les lupus érythémateux donnent 3 guérisons totales, 7 partielles ; les tuberculoses cutanées, 1 guérison totale, 5 partielles.

Si nous n'envisageons que les guérisons totales, nous arrivons au chiffre de 11 lupiques guéris sur 30 ; 3 lupus érythémateux sur 10, une tuberculose cutanée sur 6, ce qui fait une proportion de 1 pour 3 pour les lupus tuberculeux, 1 pour 4 environ pour les lupus érythémateux et 1 pour 6 pour les tuberculoses cutanées. Mais la proportion est trop forte, car de ce fait que les malades ont disparu,

c'est qu'ils n'ont subi aucun effet du traitement. Si on rétablit la proportion sur 11 les chiffres réels, on obtient guérisons totales sur 78 lupus tuberculeux, 3 sur 25 lupus érythémateux et 1 sur 19 tuberculoses cutanées. Ce qui fait comme proportion : $\frac{1}{7}$, $\frac{1}{8}$ et $\frac{1}{18}$ de guérisons totales. Si au contraire on envisage l'ensemble des guérisons totales et partielles réunies, on obtient : 1 guérison sur 3 pour les lupus tuberculeux et érythémateux, 1 guérison sur 6 pour les tuberculoses cutanées.

En résumé, de ce travail nous pouvons conclure que dans un tiers des cas le traitement par l'appareil Lortet-Genoud donne des résultats favorables dans les lupus tuberculeux et érythémateux, mais que dans les tuberculoses cutanées et dans le lupus térébrant ou vorax son action n'est pas aussi active puisqu'elle n'améliore qu'un sixième des cas.

L'avantage de la méthode est l'absence de douleur ; on peut la rendre plus active : en faisant une compression très forte, en augmentant la durée des séances, en veillant aux soins consécutifs et aux effets de la réaction. Les inconvénients sont ceux de toutes les méthodes longues et coûteuses, et si nous ajoutons qu'il faut compter entre 40 et 200 séances, c'est-à-dire entre deux mois et un an à raison de séances bi-hebdomadaires ou quotidiennes, pour guérir et même simplement améliorer un lupique, on comprendra les nombreuses défections que nous avons eues dans la clientèle hospitalière, qui attend que le lupus soit inguérissable pour le faire traiter. Mais dans les conditions de malades de ville, ou de malades ayant des lupus au début, on peut arriver, comme cela s'est produit à Saint-Louis, à guérir en deux mois des lupus dans les conditions les meilleures possibles, sans infliger aux malades des douleurs devant lesquelles ils reculent souvent au détriment de leur santé.

Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. Les indications et contre-indications de la photothérapie.

Par MM. Leredde et Pautrier.

Nous nous bornerons à étudier dans cette communication le traitement des deux formes les plus fréquentes de la tuberculose cutanée : lupus tuberculeux et lupus érythémateux, depuis qu'il a été révolutionné par les découvertes de Finsen. Ce sont les seules sur lesquelles nous ayons une expérience personnelle suffisante pour parler en connaissance de cause.

I. — *Lupus tuberculeux.*

A. *Traitement du lupus tuberculeux avant la photothérapie.* — Pour pouvoir juger des progrès réalisés par la méthode de Finsen,

il est nécessaire de jeter un coup d'œil en arrière et d'examiner quels étaient les résultats fournis par les méthodes antérieures à la photothérapie. Les éléments d'appréciation qui permettraient de se livrer avec exactitude à ce travail de critique, ne nous sont malheureusement pas fournis par les auteurs qui les ont pratiquées. Si l'on a pris le soin d'établir des statistiques pour la photothérapie, méthode nouvelle, nulle statistique n'existe qui nous donne les résultats fournis par les scarifications, le curettage, les galvanocautérisations, les caustiques, dans le traitement de lupiques soignés par une seule de ces méthodes. Pour l'ablation seule, un travail de ce genre a été fait par le Dr Lang, et de sa dernière statistique présentée au IVe Congrès international de dermatologie il résulte que l'ablation *qui a priori paraît cependant la méthode capable de donner les résultats les plus complets*, détermine 39 guérisons seulement sur 76 lupus opérés, *soit une proportion d'échecs de 48 p. 100.*

En face de résultats pareils fournis par l'ablation, qui pourtant, nous le répétons, était avant la photothérapie et reste encore aujourd'hui, dans certains cas, la méthode la plus radicale, on s'étonnera moins du nombre considérable d'insuccès dont sont passibles les anciennes méthodes. En l'absence de toute statistique fournie par d'autres dermatologistes, mais désireux cependant d'établir sur des documents précis un élément de comparaison entre la photothérapie et les méthodes antérieures, nous avons relevé en détail les traitements suivis par les malades que nous avons soignés, antérieurement à la photothérapie, ce qui n'avait pas encore été fait jusqu'ici, à notre connaissance (1). Nous ne redonnerons pas ici en détail notre statistique que nous avons déjà publiée dans le *Bulletin général de thérapeutique.* Rappelons seulement que sauf 3, tous nos malades, au nombre de 43, avaient suivi des traitements longs, et qui s'étaient montrés insuffisants, *c'est-à-dire qui ne les avaient pas guéris ;* tout au plus avaient-ils pu, dans certains cas, modérer la progression du mal. Ces 40 malades, à eux tous, avaient subi inutilement :

1° Des applications innombrables de pommades de toutes sortes : à la résorcine, à l'acide salicylique, à l'huile de cade, à la créosote, au savon noir, etc.

2° Des applications d'emplâtre de Vigo en nombre inconnu.

3° Des applications de caustiques variés : acide lactique = 210 séances, azotate d'argent = 115 séances, teinture d'iode = un nombre incalculable de fois, pâte de Vienne = 1 fois, pâte de Canquoin = 1 fois, permanganate de potasse = 20 fois, enfin une appli-

(1) Leredde et Pautrier. Résultats de la cure photothérapique dans le lupus tuberculeux de la face. *Société de thérapeutique*, janvier 1901.

cation d'un caustique de nature inconnue, qui détermina la chute de l'extrémité du nez.

4° Des curettages = 5 séances.

5° Des injections de tuberculine = 205 séances.

6° Des courants de haute fréquence = 61 séances.

7° Des scarifications = 908 séances.

8° Des thermo ou galvanocautérisations = 1 796 séances.

9° Des cautérisations profondes sous le chloroforme = 17 séances.

10° Enfin l'ablation avait été pratiquée une fois avec insuccès.

On peut juger par une semblable statistique de la difficulté souvent insurmontable qu'offrait le traitement du lupus avant l'ère de la photothérapie. Nous ne pouvons que répéter ce que l'un de nous a déjà dit à ce sujet : Les malades qui se pliaient aux nécessités des anciens traitements, passaient souvent à l'état de champ d'expériences thérapeutiques, et n'en retiraient souvent pas un bénéfice réel. Ils allaient d'une méthode à l'autre, tantôt partiellement améliorés, tantôt voyant leur mal s'aggraver de nouveau ; et ces traitements divers se prolongeaient des années ; l'âge des lupus que nous avons soignés variait entre 3 ans et 35 ans ; la plupart dataient d'un temps variant entre 7 et 20 ans. Pour donner une idée plus vive de l'existence insupportable faite à un malheureux par une thérapeutique souvent inefficace, nous résumons ici trois observations qui nous paraissent démonstratives :

Observation I. — M. D..., 41 ans, capitaine. Le malade vit les premières lésions survenir alors qu'il était âgé de 8 ans, sous forme d'un petit bouton qui apparut au niveau de la joue gauche. Ce bouton suppura, se recouvrit de croûtes, plusieurs fois arrachées par le petit malade, et bientôt fut remplacé par une tache érythémateuse. Notre malade habite à cette époque la campagne ; ses parents ne prennent pas la peine de consulter un médecin pour ce qu'ils croient être un simple bobo, et on le soigne par différents remèdes de bonne femme. Il arrive ensuite au collège ; là on pratique des cautérisations au nitrate d'argent. Reçu à Saint-Cyr, M. D... est soigné par un médecin-major qui fait une dizaine de séances de scarifications. Les lésions forment à cette époque un placard ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs. Le malade est soigné 5 ans plus tard à Lyon, à l'Antiquaille et on lui fait 10 séances de pointe de feu, qui amènent une cicatrisation apparente pendant 2 ans, puis les lésions reprennent leur premier aspect. Voulant en finir, le malade vient à Paris, et fait un séjour au pavillon Gabrielle, pendant lequel on lui fait 18 séances de scarifications. Le placard lupique s'accroît peu après le traitement et prend les dimensions d'une pièce de 5 francs. Le malade rejoint son régiment, où le médecin-major lui fait encore quelques séances de scarifications. Les lésions restent stationnaires et le malade revient, en 1895, à Paris, où il est traité par l'application de pâte de Vienne et de pâte de Canquoin qui amènent une ulcération qui met 2 mois à se cicatriser. Mais 6 mois plus tard 2 points nouveaux apparaissent.

Le malade revient encore à Paris et subit une quinzaine de séances de galvanocautère. Pendant 2 ans, le malade renonce à se soigner ; son courage est à bout. Mais en 1898 nous le retrouvons à Narbonne, soigné par des applications de compresses imbibées d'une solution de chlorate de potasse à saturation, puis des compresses imbibées d'une solution de bleu de méthylène. Sur ces entrefaites survient une poussée très forte; le malade revient à Paris et subit 5 séances de galvanocautérisations. Nouvelle période de repos de 2 ans dans ce traitement qui dure déjà depuis 25 ans!

Éprouvant pourtant le désir d'en finir, M. D... repart pour Paris où on lui ordonne cette fois un traitement par le permanganate de potasse. Il suit avec grand soin ce traitement pendant 3 semaines, voit d'abord ses lésions qui apparaissent s'affaisser, mais subissent bientôt une nouvelle poussée. Et le malade commence alors le traitement photothérapique.

Obs. II. — Mlle Ber..., 24 ans.— Début remontant à 8 ans; à cette époque apparut un petit bouton rouge sur la narine droite, bouton qui resta 2 mois stationnaire; puis tout autour de la rougeur, du gonflement et il se forme un placard *diagnostiqué immédiatement lupus de Willan.* La malade fut traitée à ce moment *pendant 6 mois* par des cautérisations à l'acide lactique 2 fois par semaine. Ce traitement n'amena aucun résultat. Un mois après apparaissaient sur la joue droite 3 petits boutons qui formaient bientôt un nouveau placard. Mlle B... consulte alors un troisième médecin qui la soumet aux pointes de feu: 1 séance par semaine. *Ce traitement dure 2 années,* pendant lesquelles le lupus envahit toute la joue droite, puis gagne la joue gauche. On décide alors de procéder à des cautérisations avec une grande énergie, et *pendant* 1 an, *1 fois par mois, on endort la malade au chloroforme* et on cautérise toutes les lésions profondément. Après chaque séance on note une amélioration momentanée, puis une aggravation jusqu'à la séance du mois suivant.

On change alors de méthode et l'on passe à la tuberculine; *on en fait des injections pendant 2 mois* (1 à 2 par semaine). *L'état général devient alors déplorable.* La température de la malace monte à 40° après chaque injection et localement le lupus subit une poussée aiguë, s'étend encore et entre partout en activité. La malade a alors les deux joues, le nez et la lèvre supérieure envahis.

On revient alors aux cautérisations profondes sous le chloroforme et l'on en fait *5 séances nouvelles,* en 5 mois. A leur suite on note une légère amélioration, mais 3 mois plus tard poussée nouvelle.

La malade va alors se faire soigner à l'hôpital Saint-Louis où *pendant 10 mois elle est soignée* avec une grande énergie, par *des galvanocautérisations* faites une fois par semaine, mais pratiquées très serrées, très rapprochées et très profondes. A la suite de ce traitement *la guérison paraît obtenue et se maintient pendant 1 an et demi.*

En avril 1901, nouvelle poussée: plusieurs points en activité apparaissent au milieu des cicatrices. La malade se soumet encore aux pointes de feu *pendant 3 mois:* 1 fois par semaine. Puis on fait *6 séances de scarifications.*

Pendant ce laps de temps la poussée augmente et de nouveaux points apparaissent.

La malade nous est adressée, dans ces conditions, le 26 juillet 1901 et le traitement photothérapique est commencé aussitôt.

Nous passons sur les détails de l'observation et sur les antécédents, qui ne présenteraient pas d'intérêt ici ; disons simplement que la malade est partie le 15 janvier dernier, après avoir eu 70 séances de photothérapie et paraissant complètement guérie depuis près d'un mois. Même sous la pression de lalame de verre, on ne trouvait plus trace de lupomes, ni de macule rougeâtre. Une plus longue observation nous permettra de dire si cette guérison est définitive; nous ne pouvons sur ce point que nous rapporter aux éléments statistiques fournis par Finsen qui seul jusqu'ici a observé des malades photothérapiés depuis plusieurs années.

Obs. III. — Mme Ma..., 43 ans. Le début remonte à 29 ans, et se fit au niveau du sourcil droit, sous forme d'un bouton puis d'une ulcération, soignée pendant plusieurs années par toutes sortes de pommades. Les lésions ne s'étendaient plus, mais ne guérissaient pas, et la malade va consulter à Montpellier, où l'on diagnostique un lupus. On fait pendant *un an des galvanocautérisations*, à raison de deux séances par semaine, et l'on obtient une *guérison apparente complète*. Pendant 5 ans, la malade se croit complètement guérie, et elle se marie. Après sa première couche apparaît, entre les deux sourcils, un tubercule qui s'étend très rapidement. La malade est alors soignée par un médecin militaire, qui emploie l'huile de cade. Mais les lésions s'accroissent encore. Mme M... retourne à Montpellier où on la soigne par des *caustiques*. Mais l'accroissement continue à se faire à vue d'œil : le nez entier, le front sont pris, et les pommettes commencent à être envahies. La malade est alors traitée par *des pointes de feu pendant deux ans*, sans grand résultat. Découragée, la malade retourne chez elle, et se soigne de nouveau par des pommades pendant six ans. Le lupus progresse alors lentement.

Voulant enfin en finir, Mme M... vient à Paris, et va à l'hôpital Saint-Louis. On l'y soigne d'abord par des *galvanocautérisations*, puis par des *scarifications : pendant quatorze mois*, deux à trois séances par semaine. A ce moment-là, les joues entières étaient prises.

La malade ne pouvant continuer son séjour à Paris, retourne en Algérie où elle habite, et là, sans interruption, continue jusqu'à aujourd'hui, *pendant douze ans* (!) *les galvanocautérisations et les scarifications alternées*, à raison de deux séances par semaine, avec une période de trois à quatre mois par an de repos. Le résultat de ce traitement féroce est loin d'être satisfaisant, et lorsque nous voyons la malade pour la première fois, la face entière est prise d'une oreille à l'autre, et de la racine des cheveux jusqu'au cou.

A son entrée à l'établissement dermatologique, la malade présentait un lupus éléphantiasique occupant toute la face. Elle est passée à Saint-Louis, après quatre mois d'un traitement photothérapique des plus énergiques, qui avait produit seulement au niveau d'une partie du front un état cicatriciel satisfaisant. Pour juger de la gravité des lésions chez cette malade, notons seulement ce fait : la plupart des séances de photothérapie faites sur les joues amenaient un œdème de toute la face, sans fièvre, sans sym-

ptômes généraux, lié sans aucun doute à la gêne supplémentaire de la circulation lymphatique dans les tissus éléphantiasiques.

L'avenir nous permettra de savoir si cette malade est curable par la méthode de Finsen : à notre avis, il s'agit d'un lupus *intractabilis*. Mais ce qu'on peut appeler ainsi comprend des cas de deux ordres : des faits où le lupus siège à une profondeur extrême, atteint la muqueuse et la peau (lupus *intractabilis d'emblée*, si l'on veut) et d'autres où le lupus est devenu *intractabilis*, parce que les traitements n'en ont pas arrêté la marche envahissante. Chez Mme M... notre conviction est que le lupus à l'origine était sans doute curable par l'ablation, et aurait été certainement curable par la photothérapie si elle avait existé au moment du début de la maladie.

On voit par des observations comme celles que nous venons de rapporter, quelle était la vie faite aux malheureux lupiques par leur affection, jusqu'à ces dernières années. Souvent retranchés de la vie sociale, contraints à vivre dans l'isolement, objet de répulsion pour leur entourage et pour eux-mêmes, ils passaient des années à expérimenter, souvent avec une simple amélioration passagère, les différentes méthodes de traitement, les unes après les autres. Encore notre statistique et nos observations ne portent-elles que sur la clientèle de ville ; les médecins qui ont fréquenté les hôpitaux spéciaux connaissent tous ces malheureux lupiques des classes pauvres, résignés à leur difformité, vivant depuis des années dans les services hospitaliers, retranchés eux aussi de toute vie normale, et subsistant à la charge de l'Assistance publique durant leur existence entière, devenus incurables même par la photothérapie.

Cette difficulté, souvent insurmontable, cette incapacité, fréquente, de guérir le lupus par les anciennes méthodes n'a pas frappé d'une façon suffisante le public médical qui ignore souvent la gravité du lupus tuberculeux et ne peut ainsi se rendre un compte exact de l'admirable progrès réalisé par la découverte de Finsen, des services qu'elle a déjà rendus et des plus grands qu'elle est appelée encore à rendre.

B. *Statistique des traitements suivis par les malades guéris par la photothérapie.* — Mais il importe de ne pas s'en tenir à la statistique globale, que nous avons rapportée plus haut, des traitements antérieurs à la photothérapie suivis par nos malades ; elle demande à être précisée pour chaque catégorie de malades. Nous n'avons pas obtenu de guérison complète, en effet, dans ces 43 cas ; il est donc intéressant de voir en particulier les traitements suivis par ceux que nous avons guéris complètement ou partiellement.

Sur ces 43 sujets, nous étions arrivés à la date du 15 novembre 1901 à 8 guérisons définitives et à 7 guérisons presque complètes, mais exigeant encore quelque surveillance, soit un total de 15 guérisons. A eux 15, ces malades entrent dans la statistique des

traitements antérieurs que nous venons de rapporter, pour les chiffres suivants : 594 séances de galvanocautérisations, 80 séances de scarifications, 196 injections de tuberculine, 36 cautérisations au nitrate d'argent, des applications de pommades diverses en nombre incalculable ; enfin l'ablation avait était pratiquée une fois.

On voit par ces chiffres que les cas *guéris par la photothérapie* sont loin d'être des cas bénins ; la plupart dataient de plusieurs années et avaient été soignés avec une grande énergie ; *or, chez aucun de ces malades, il n'existait de régions de guérison complète* qui auraient pu faire penser que, plus prolongé, un des traitements suivis aurait amené un résultat complet. Ces malades pouvaient donc être considérés comme incurables par les méthodes anciennes.

C. *Statistique des traitements suivis par les malades soumis au traitement photothérapique et présentant une guérison segmentaire.* — Il importe d'abord de définir ce que nous entendons par guérison segmentaire. Nous devons la distinguer de la guérison incomplète. Ce que nous appelons guérison segmentaire, c'est la guérison de régions étendues sur lesquelles on ne peut plus trouver, après plusieurs examens éloignés les uns des autres, aucune trace de lésions tuberculeuses, et où la cicatrice est parfaite.

Or, dans notre statistique, nous trouvons 10 malades présentant une guérison segmentaire étendue et chez lesquels le résultat final est certain à brève échéance, et 4 malades présentant une guérison segmentaire, résultat certain, mais à distance encore éloignée.

Si nous recherchons quels étaient les traitements antérieurs suivis par ce groupe de malades, nous trouvons qu'ils avaient subi : 343 séances de galvanocautérisations, 17 séances de cautérisations profondes sous le chloroforme, 262 séances de scarifications, 98 cautérisations à l'acide lactique, 12 injections de tuberculine, une application de caustique ayant déterminé la chute de l'extrémité du nez, et enfin des applications incalculables de pommades, d'emplâtres, de teinture d'iode.

On voit également qu'il s'agissait là non pas de lupus bénins, mais de lupus graves, à formes sévères, ayant résisté à des traitements très énergiques, très souvent faits par des dermatologistes, qui avaient bien voulu nous confier leurs malades après échec constaté des autres méthodes.

Nouvelles méthodes de traitement du lupus de la face. — Depuis l'application de la photothérapie au traitement du lupus tuberculeux, on a préconisé deux nouvelles méthodes pour le traitement de cette affection : le traitement par le permanganate de potasse et la radiothérapie. Il importe de les examiner et de comparer leur valeur à celle de la méthode de Finsen.

1° *Méthode du permanganate de potasse ou méthode de Butte.* — Si tous les anciens agents de la méthode caustique chimique sont à *peu près universellement abandonnés aujourd'hui après échec constaté*, il en est un, le permanganate de potasse, proposé par le Dr Butte et préconisé par le Dr Hallopeau, qui a été représenté comme un agent vraiment curatif. Nous ne saurions nous élever avec trop d'énergie contre une pareille affirmation ; si le permanganate peut guérir un lupus tuberculeux (de la face), nous serons toujours convaincu qu'il s'agira d'un lupus spontanément curable. Mais nous attendons encore qu'on nous en montre un.

Nous avons eu l'occasion de voir des malades traités par cette méthode et de l'appliquer nous-mêmes. Nous avons pu ainsi nous faire une idée précise de son mode d'action et nous nous croyons autorisés à porter la conclusion suivante : le permanganate de potasse n'est pas une méthode curative, mais peut, dans quelques cas bien déterminés, être employé comme adjuvant à une méthode vraiment curative.

Il importe de préciser ces indications, pour que cet agent ne soit pas employé à tort et à travers, et que son emploi dans la thérapeutique du lupus ne serve pas seulement, comme nous le craignons, à prolonger de plusieurs mois le temps nécessaire à la guérison de la maladie.

Le permanganate de potasse appliqué soit en solution, soit en poudre, ne peut agir que par cautérisation superficielle, par action antiseptique sur la surface souvent infectée du lupus tuberculeux. L'état végétant de certaines formes peut ainsi disparaître et l'épidermisation se faire. Il ne s'agit nullement là d'un processus de guérison, car les lupomes n'ont pas disparu, ou s'ils ont été masqués par les modifications produites, ils reparaissent bientôt en aussi grand nombre. Mais les modifications qui se sont produites, par l'affaissement de lésions végétantes, par l'aplanissement des lésions, peuvent rendre plus facile un traitement vraiment curatif.

En dehors des formes végétantes, hypertrophiques, molles, du lupus qui relèvent également de la scarification, nous considérons l'action du permanganate comme parfaitement illusoire.

Il suffit de réfléchir que la cautérisation en masse par les caustiques les plus énergiques ne guérit pas le lupus ! et que l'ablation ne le guérit que dans 48 p. 100 des cas.

Est-ce à dire qu'il soit complètement et absolument impossible de guérir un lupus par le permanganate ? Il est possible que dans certaines formes de lupus très peu virulentes, très superficielles (toutes les variétés n'en sont pas encore parfaitement connues et décrites, et d'ailleurs ne connaissons-nous pas aujourd'hui des lésions tuberculeuses de la peau, telles que le lichen scrofulosorum, capables de

guérir spontanément ?) et de très petites dimensions, le permanganate puisse amener une guérison ; mais seulement dans les lupus qui, en raison de leur bénignité extrême, auraient guéri par n'importe quelle méthode de traitement ou sans traitement.

Lorsqu'on emploie le mot de lupus sans autre commentaire et lorsqu'on étudie sa thérapeutique, ce n'est pas de ces formes exceptionnelles que l'on parle, mais d'une dermatose profonde et tenace. *Le permanganate est incapable d'en amener la guérison.*

C'est du reste l'opinion à laquelle se rattache maintenant M. Hallopeau, dans la dernière communication qu'il a faite à ce sujet à la Société de Dermatologie. Après avoir paru faire du permanganate une méthode de traitement définitif, complet, il ne le considère plus que comme un moyen adjuvant, devant faciliter, abréger le traitement photothérapique. Or, même de la sorte, le rôle du permanganate ne nous paraît pas compris d'une façon exacte et nous ne pouvons encore accepter sous sa forme actuelle, beaucoup trop générale, l'opinion de M. Hallopeau.

L'effet du permanganate, reconnaît-il, se fait surtout en surface ; il peut donc servir à détruire les lupomes superficiels assez rapidement, après quoi les lupomes profonds seront attaqués par les rayons chimiques. Or, si les rayons chimiques peuvent détruire les lupomes profonds, on conçoit mal qu'ils ne s'attaquent pas en même temps, et davantage, aux lupomes superficiels, et le temps passé au traitement par le permanganate, au lieu de raccourcir la durée du temps nécessaire à la guérison, nous paraît du temps perdu en pure perte. Il nous paraît inadmissible de vouloir systématiquement faire précéder la photothérapie d'une série d'applications de permanganate.

La méthode de Butte nous paraît pouvoir rendre des services *dans un cas bien déterminé:* nous voulons parler des lupus exubérants, végétants.

C'est ansi que dans 2 cas de lupus végétant du nez, où l'extrémité de cet organe formait une masse charnue, bourgeonnante, un vrai chou-fleur, que les scarifications n'avaient pu réduire, nous avons obtenu des résultats très heureux par le permanganate : les lésions se sont affaissées, aplanies, le nez a repris son volume normal et nous avons pu appliquer avec succès le traitement photothérapique.

Nous avons obtenu des résultats semblables dans un cas de lupus végétant de la lèvre supérieure et un autre de la joue.

Incidemment ajoutons que ce traitement, qu'on nous avait présenté comme indolore, occasionne dans la plupart des cas de vives douleurs. Chez une malade, en particulier, qui présentait un lupus exubérant de la joue et chez laquelle nous employons le permanga-

nate en poudre, en applications de 8 à 10 minutes, nous avons observé chaque fois, avec des douleurs insupportables, un gonflement inflammatoire, apparaissant presque aussitôt après l'application, tout autour des lésions, puis gagnant la joue, qui pendant 24 heures restait tuméfiée, très dure, rouge, douloureuse.

Radiothérapie. — Il est impossible de faire en ce moment une comparaison réelle entre la photothérapie et la radiothérapie, dans le traitement du lupus tuberculeux.

La première méthode est maintenant une des méthodes thérapeutiques les mieux étudiées qui existent, dans ses principes, sa technique et ses effets ; ses indications peuvent être établies en détail.

L'expérience considérable acquise par son inventeur a permis d'établir sa valeur sur des chiffres très importants et qui ne peuvent être révoqués en doute.

La radiothérapie est encore une méthode incertaine, souvent peu active, parfois trop active, produisant des destructions considérables, dont la réparation est extraordinairement lente. Précisément à cause de l'énergie d'action dont elle est susceptible, il est possible qu'elle ait le plus grand avenir dans le traitement du lupus et de la plupart des lésions graves, profondes de la peau, rebelles aux méthodes chimiques et aux méthodes physiques moins énergiques. Mais elle exige une réglementation très précise, une « posologie » exacte, qui n'existe pas dès maintenant.

Les résultats qui ont été publiés de part et d'autre sur la radiothérapie du lupus tuberculeux sont d'une portée discutable, parce qu'aucun auteur n'a publié une série assez nombreuse de faits, et qu'à côté de cas de guérisons connus, on peut craindre que les cas d'insuccès n'aient pas été publiés ; parce qu'on ne peut faire par suite une statistique indiquant le pourcentage des guérisons ; enfin parce que, parmi les accidents, beaucoup ne sont pas portés à la connaissance du public médical. Ce qu'on peut conclure du dépouillement des faits, c'est que de nombreux radiologistes ont obtenu des *améliorations*, et, comme l'un de nous l'a déjà fait remarquer, *toute amélioration chez un lupique ne représente, quand il ne s'agit pas d'une méthode curative, qu'une prolongation de la maladie.*

Que la radiothérapie puisse être une méthode curative, à l'encontre du permanganate de potasse, nous n'en doutons pas. La question est de savoir dans quelles conditions elle le sera régulièrement comme la photothérapie. Schiff et Freund, Kümmel, ont démontré qu'elle peut, comme celle-ci, donner des cicatrices excellentes; d'autre part, il n'y a de douleur réelle que dans le cas où l'action des rayons X a été trop intense.

Il semble que d'ici peu la radiothérapie puisse entrer dans une

nouvelle période où elle sera réellement applicable d'une manière courante au traitement du lupus de Willan et où on pourra établir ses avantages et ses infériorités relativement à la photothérapie. Dans un travail récent, Oudin (1) a établi les précautions qui doivent être prises pour éviter les accidents radiothérapiques graves et pour agir cependant d'une manière réelle.

Nous renvoyons à son travail paru dans les *Annales d'électrobiologie* et dans le *Bulletin de la Société de dermatologie*, ainsi qu'à la note du Dr Beclère parue dans le même recueil et le même jour.

Sur les bases nouvelles, on peut admettre que la radiothérapie ne sera plus dangereuse dans la cure du lupus tuberculeux ; mais on peut penser que son action sera très lente, que la durée du traitement sera au moins égale au traitement photothérapique.

Nous n'insistons pas davantage, ne pouvant porter de conclusions définitives sur une méthode qui est en progrès continuel, *qui est, pour le moment, manifestement inférieure à la méthode photothérapique, mais qui ne le sera peut-être plus dans quelques années.*

Les recherches doivent être continuées *surtout sur les malades rebelles à la photothérapie*, comme nous le dirons également à l'occasion du lupus érythémateux.

En résumé, exception faite pour la radiothérapie qui sera peut-être appelée à être aussi utile dans l'avenir, la photothérapie est le mode de traitement qui donne les plus beaux résultats dans le lupus tuberculeux de la face. Elle ne permet pas d'affirmer dans tous les cas la guérison absolue, mais ses insuccès sont peu nombreux, dus la plupart du temps à l'emploi de traitements antérieurs. Cette supériorité de la photothérapie est due, comme nous avons déjà essayé de le démontrer (2), à l'homogénéité et à la profondeur de son action. Quand on réfléchit à la distribution lymphangitique du lupus de la face, à la profondeur des lésions siégeant souvent en plein hypoderme, on se rend compte que, seule, une méthode permettant d'agir au delà de la couche musculaire, et cela d'une façon uniforme sur toute l'étendue des lésions, permettra d'espérer une guérison complète.

La phothothérapie est le seul mode de traitement qui réalise ces deux conditions : profondeur, que n'atteint aucun autre agent, et homogénéité d'action. Elle a donc réalisé dans le traitement du lupus tuberculeux de la face un bouleversement complet, et reprenant des conclusions que nous avons déjà formulées, nous dirons que la photothérapie étant le mode de traitement qui donne la proportion de

(1) Oudin. Accidents causés par les rayons X et radiothérapie. *Annales d'électrobiologie*, 1901.

(2) Leredde et Pautrier. *Société de thérapeutique*, 8 janvier 1902.

guérisons la plus élevée, les résultats les plus beaux au point de vue esthétique, étant complètement indolore, et étant devenue aujourd'hui, par les modifications apportées dans l'instrumentation, une méthode à la portée de toutes les bourses, constitue la méthode de choix du lupus tuberculeux de la face. *Tout traitement plus simple et à la portée de tous les médecins, susceptible d'amener la guérison, pourra être tenté, mais si la guérison n'est pas survenue au bout de quelques mois de traitement, cette méthode devra être abandonnée, et l'on aura recours à la photothérapie. L'ablation doit être faite dans les cas où l'étendue est telle qu'on puisse obtenir une réunion complète par première intention.*

II. — *Lupus érythémateux.*

Nous allons reprendre, pour le lupus érythémateux, le travail que nous venons de faire pour le lupus tuberculeux, et afin d'avoir des éléments de comparaison, avec base précise de discussion, nous allons donner la statistique des résultats que nous avons obtenus, puis la statistique globale des traitements suivis antérieurement à la photothérapie par nos malades, enfin, en précisant davantage, les traitements suivis par nos malades guéris complètement ou segmentairement par la photothérapie.

A. *Statistique des résultats obtenus par la photothérapie.* — Notre statistique, arrêtée au 15 novembre 1901, portait sur 33 lupus érythémateux soignés en 14 mois.

De ces 33 malades il convient tout d'abord de défalquer deux malades passés à l'hôpital Saint-Louis. Une de ces malades présentait déjà une guérison segmentaire très avancée. Il s'agissait d'un cas *très rebelle*, datant de 12 ans, et qui avait résisté à tous les traitements antérieurs faits très énergiquement : caustiques, acide lactique, scarifications, galvanocautérisations, haute fréquence. Les lésions présentaient une infiltration assez profonde. Les premières séances de traitement produisirent la disparition des lésions qui reparurent quelques semaines après; ce fait a été signalé par Finsen dans la cure photothérapique du lupus érythémateux. Nous instituâmes alors des séances longues afin d'obtenir un effet profond et durable. Et au bout de 6 mois de traitement (entrecoupés de périodes de repos qui réduisent à 3 mois et demi la durée du traitement effectif) nous étions arrivés à la production sur de nombreux points d'un beau tissu cicatriciel, souple, lisse et blanc. Le cas doit être compté comme un succès pour la photothérapie, cependant nous l'éliminons de notre statistique.

Il faut déduire ensuite 3 malades chez lesquels le traitement fut jugé inutile par nous : dans un cas il s'agissait d'un lupus érythémateux aberrant, dont les lésions disparaissaient sur un point pour se

reproduire à côté. Dans ces conditions l'action de la photothérapie nous paraissait illusoire, et nous nous disposions à traiter le malade par les courants de haute fréquence lorsqu'il fut obligé de s'absenter. Nous l'avons revu depuis. Ses lésions avaient complètement disparu, spontanément (1).

Dans les deux autres cas, il s'agissait de lupus érythémateux très étendus, occupant presque tout le visage, très anciens, s'accompagnant d'infiltration profonde et présentant un état de sécheresse des lésions et d'altérations épidermiques s'opposant au passage des rayons chimiques, de telle sorte que nous ne pûmes arriver chez eux à obtenir de réaction. *Ces cas rebelles à la photothérapie l'avaient d'ailleurs déjà été à toutes les autres méthodes.* L'un d'eux, en particulier, avait déjà subi inutilement des applications de tous les caustiques possibles, *100 séances de scarifications*, *200 séances de cautérisations*, 25 séances de haute fréquence. Il s'agissait donc là de véritables lupus intractabilis.

Défalquons encore 5 malades obligés de quitter Paris et d'interrompre leur traitement avant d'avoir obtenu un résultat appréciable, pour des raisons de famille ou de situation.

Il nous reste donc 23 malades. Sur ces 23 nous avons eu 3 échecs; les malades avaient paru présenter une amélioration; parfois même, comme dans un cas, l'amélioration était évidente; mais après une période de repos les lésions reparurent aussi importantes qu'auparavant.

Dans 3 autres cas, le traitement fut interrompu par l'obligation pour les malades de quitter Paris, mais ils présentaient au moment de leur départ une amélioration suffisante pour que le pronostic du traitement pût être favorable lorsqu'ils auraient les loisirs de le reprendre.

Quatre malades étaient encore en cours de traitement actif, sur lesquels nous sommes arrivés, depuis le 15 novembre, à 2 guérisons complètes et 2 guérisons segmentaires.

Six malades présentaient déjà une guérison segmentaire permettant d'espérer qu'on arriverait chez eux à un résultat complet. Et depuis, nous avons en effet obtenu la guérison pour 2 d'entre eux.

Quatre malades sont au repos, ne présentant plus de lésions, mais leur traitement a été interrompu récemment, de sorte qu'on ne peut parler encore de guérison certaine.

Enfin 3 malades sont guéris depuis plusieurs mois (15 mois, 9 mois, 7 mois), et, revus depuis, n'ont plus présenté de récidive.

Nous arrivons donc pour 23 malades à 3 échecs, 3 améliorations,

(1) Dans des cas pareils, il ne s'agit pas, bien entendu, d'une guérison spontanée définitive, et le malade présentera sans doute plus tard une nouvelle poussée.

11 guérisons complètes (dont 3 seulement peuvent être considérées comme définitives, puisque seules elles ont pu être suivies plusieurs mois sans récidive) et 6 guérisons segmentaires.

B. *Statistique des traitements suivis par les malades avant la photothérapie.* — Ayant fait, comme pour nos lupus tuberculeux, le relevé très exact des traitements déjà suivis inutilement par nos 33 malades atteints de lupus érythémateux, nous sommes arrivés aux chiffres suivants : aucun de ces 33 lupus érythémateux n'était vierge, et à eux tous ils avaient subi : des badigeonnages d'un mélange de chloroforme et de liqueur de Fowler ; des badigeonnages de teinture d'iode (tous les jours pendant 1 an, dans un cas) ; des applications de créosote, savon noir, acide phénique neigeux, acide pyrogallique, chlorure de zinc.

Nous ne parlons que pour mémoire de toutes les pommades possibles ; nous trouvons encore :

40 injections d'oxycyanure.
6 injections de calomel.
382 séances de scarifications.
462 séances de haute fréquence.
802 séances de galvanocautérisations.

Ici encore, comme pour le lupus tuberculeux, il convient de noter que presque tous les cas que nous avons eu à soigner étaient des cas anciens et qui s'étaient déjà montrés rebelles à tous les autres traitements. Ils dataient les uns de 2 ans (4), de 3 ans (6), de 5 ans (2), de 6 ans (5), de 7 ans (3), de 8 ans (3), de 9 ans (3), de 10 ans (1), de 12 ans (2), de 13 ans (2), de 15 ans (1), de 20 ans (1).

C. *Statistique des traitements suivis par les malades guéris par la photothérapie.* — Pour les 11 malades présentant une guérison complète, nous trouvons comme traitements antérieurs : des applications de pommade à la résorcine, à la créosote, à l'acide pyrogallique, des cautérisations au chlorure de zinc ; des applications d'acide phénique neigeux, de teinture d'iode (pendant un an, tous les jours, dans un cas), des applications d'emplâtre de Vigo.

20 séances de scarifications.
165 séances de galvanocautérisations.
130 séances de haute fréquence.

Et pour les 6 malades présentant une guérison segmentaire :

200 séances de scarifications.
220 séances de galvanocautérisations.
95 séances de haute fréquence.

Enfin des applications de caustiques et de pommades en nombre incalculable.

Nous répèterons ici, comme pour le lupus tuberculeux, qu'aucun de nos malades, soignés pourtant énergiquement, comme on peut le

voir, et cela des années durant, ne présentait de régions guéries, ou permettant d'espérer la guérison. *Ici encore, nous avions donc affaire à des cas que l'on pouvait considérer comme incurables par les anciennes méthodes.*

Les résultats fournis par la photothérapie sont, on le voit, beaucoup moins constants que ceux obtenus dans le lupus tuberculeux, puisque nous n'avons que 17 guérisons sur 33 malades ; les raisons en sont que dans le lupus tuberculeux on a affaire à des lésions molles, facilement dilacérables, et qui se laissent facilement pénétrer par les rayons chimiques ; dans le lupus érythémateux, au contraire, on a affaire à des lésions sèches, à des tissus d'une structure très dense, souvent scléreuse, qui ne sont que très difficilement accessibles aux rayons de la photothérapie. Et dans cet ordre d'idées, l'âge du lupus joue un rôle extrêmement important : l'évolution naturelle du lupus érythémateux étant une évolution *régressive*, il est certain que plus le lupus sera de date ancienne, plus difficilement il sera curable par la photothérapie. Nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier l'hypothèse que nous venons d'énoncer et qui est due à Finsen, et nous avons été surpris dans un certain nombre de cas, de la rapidité avec laquelle disparaissaient des lésions de date récente (1).

Il faut ajouter que, dans le lupus tuberculeux, les lésions sont proliférantes ; autour d'un lupome d'autres apparaissent ; un placard lupique qui a une étendue de quelques millimètres envahit des surfaces étendues en faisant tache d'huile ; la guérison pourra être obtenue en éteignant le foyer primitif. Au contraire, le lupus érythémateux procède souvent par plaques multiples ; on peut se demander si la guérison d'une plaque peut empêcher, autant que dans le lupus vulgaire, l'extension à la périphérie et surtout l'apparition de plaques nouvelles. Le traitement local du lupus érythémateux le mieux fait, peut donc amener une guérison définitive des lésions existantes, mais non la guérison définitive de la maladie, et toute méthode externe se heurtera à cette difficulté.

Cependant la *photothérapie se montre, si l'on étudie notre statistique, infiniment supérieure à toutes les autres méthodes actuelles dans le traitement du lupus de Cazenave, en ce sens que peut-être aucun des cas curables par celles-ci (en dehors de la radiothérapie) ne serait incurable par la photothérapie et que celle-ci guérit dans les proportions que nous avons vues des cas rebelles aux autres procédés anciens.*

Il convient, à ce propos, de comparer rapidement la photothé-

(1) Il faut remarquer que la difficulté de guérison d'un lupus est souvent liée à sa toxicité relative, c'est-à-dire à la réaction scléreuse des tissus qui gêne l'action de toutes les méthodes physiques et chimiques.

rapie aux méthodes de traitement nées après elle ou simultanément; nous voulons parler de la radiothérapie, des courants de haute fréquence et de la radiumthérapie. Nous ne reviendrons pas sur la radiothérapie; ce que nous avons dit à son sujet au cours du lupus tuberculeux, s'applique exactement aux lupus érythémateux, et nous croyons qu'on ne doit traiter d'une façon régulière par cette méthode, pour le moment, que les cas rebelles à la méthode de Finsen ; ce sera du reste le moyen de juger de sa supériorité si elle existe un jour. Nous dirons quelques mots des deux autres méthodes :

Les courants de haute fréquence. — Les courants de haute fréquence ont été appliqués par M. Brocq au traitement du lupus érythémateux et constituent dès maintenant une méthode *nécessaire* dans le traitement de la maladie. Nous les avons nous-mêmes employés dans un nombre de cas trop restreint encore pour pouvoir donner une opinion fondée sur des faits personnels. Mais il suffit de se reporter à la thèse du Dr Jacquot, qui rapporte 65 observations recueillies dans le service de M. Brocq, pour se faire une idée de l'utilité de l'électrothérapie de haute fréquence chez les malades atteints de lupus de Cazenave.

Le Dr Jacquot élimine 9 observations où le traitement est de date trop récente. Sur 56 cas restant, il relève 39 guérisons, 17 échecs. Parmi les 17 échecs il élimine 5 malades ayant abandonné le traitement. Enfin sur les 12 restant, il reste 6 lupus fixes, 6 aberrants ; la statistique comprend 9 lupus érythémateux fixes, et 31 aberrants.

M. Jacquot ne dit pas dans sa thèse si tous les malades du service de l'hôpital Broca ont été traités par la haute fréquence, ou si une sélection a été faite, ni comment elle a été faite.

De sa statistique il résulte que la haute fréquence est une méthode d'une efficacité remarquable dans ce que M. Brocq dénomme lupus aberrant. Nous croyons bien qu'aucune ne peut lui être comparée et qu'aucune ne peut donner 25 guérisons sur 31 cas. La photothérapie pourrait peut-être agir de même, mais laisserait des cicatrices superficielles. Ajoutons que, comme le dit M. Jacquot, la méthode est indolore, qu'elle ne défigure pas les malades, et nous pourrons juger de ses avantages. Nous concluons, sans aller plus loin, que la photothérapie peut être essayée seulement dans les lupus aberrants qui ont résisté à la haute fréquence employée avec persévérance. Ces lupus sont peu curables par les méthodes chimiques anciennes ; nous ne sommes pourtant pas de l'avis du Dr Jacquot qui déclare « que leur ténacité est, comme on le sait, désespérante », car tous les dermatologistes ont dû voir des lésions diagnostiquées lupus érythémateux guérir spontanément ou quoi qu'on fasse.

Dans ce que M. Brocq appelle lupus érythémateux fixe, nous ferons une division.

1° Il existe des lupus érythémateux fixes où pendant des années les lésions persistent au même point avec un aspect inflammatoire sans lésions épidermiques appréciables, sans atrophie dermique réelle.

2° Il existe au contraire des lupus érythémateux fixes où soit à un moment, soit à un autre, se produisent les réactions épidermiques et dermiques si spéciales au lupus de Casenave et qui pourraient aboutir à une cicatrisation complète, lorsque l'évolution est complète.

Les descriptions cliniques du Dr Jacquot sont insuffisantes pour qu'on puisse savoir, parmi les lupus érythémateux fixes qu'il a observés, quels sont ceux qui rentrent dans un cadre ou un autre.

Notre « *impression* » est que les lupus fixes curables par la haute fréquence appartiennent au premier groupe. Les malades que nous avons traités par la photothérapie et qui avaient résisté à la haute fréquence appartiennent au second.

A l'heure actuelle, en présence d'un lupus érythémateux fixe du premier groupe nous croyons qu'on peut commencer par la haute fréquence, sauf à recourir plus tard à la photothérapie ; en présence d'un lupus du second groupe, nous croyons qu'il faut employer la photothérapie d'emblée.

En tout cas, ici comme dans le lupus tuberculeux, la méthode de Finsen est la dernière ressource des malades. *Elle revendique les cas incurables par les autres procédés* (1).

Radiumthérapie. — En ce qui concerne l'emploi thérapeutique

(1) Nous avons été surpris de trouver dans le texte du Dr Jacquot une comparaison de la photothérapie et de l'électrothérapie de haute fréquence qui démontre que l'auteur n'a pas étudié assez la méthode de Finsen pour en parler d'une manière compétente. Il déclare que le nombre des séances de photothérapie est considérable (dans quels cas, pour quelles formes ?) ; les chiffres qu'il donne pour la haute fréquence montrent que cette méthode, que nous jugeons absolument remarquable, nécessaire dans beaucoup de cas, exige de 25 à 70 applications, soit de trois mois à 9 mois, puisque l'auteur recommande de faire 2 séances par semaine ; M. Jacquot déclare que la photothérapie exige 15 à 20 minutes d'immobilité complète, *ce qui est presque un supplice pour certains malades !* Il parle de migraine et de névralgies causées par le traitement. — Nous n'en avons jamais observé. Il rappelle que chez quelques malades on a appliqué la photothérapie jusqu'à production de phlyctènes. Pour notre part, nous l'avons toujours appliquée le temps nécessaire pour les produire et nous regrettons beaucoup que chez certains malades on ne puisse les obtenir. Enfin M. Jacquot croit que chez certains malades on peut déterminer par la photothérapie des lésions profondes et graves de la peau. Il est certain que des infirmiers inexpérimentés peuvent brûler les malades, en ne faisant pas fonctionner les appareils de refroidissement qui font partie de l'instrumentation photothérapique, mais il peut arriver aussi que les malades soumis à l'électricité de haute fréquence soient mis en contact avec la bobine de Ruhmkorff et en éprouvent des effets infiniment désagréables. Mais la photothérapie et la haute fréquence ne doivent pas être pratiquées sans la présence du médecin compétent.

des radiations émises par le radium, ce mode de traitement est encore trop récent pour qu'on puisse se prononcer d'une façon certaine sur son compte. Les premiers résultats obtenus par M. Danlos paraissent encourageants, et pour notre compte nous sommes en train d'étudier cette méthode.

En résumé, comment doit-on comprendre le rôle de la photothérapie dans le traitement du lupus érythémateux? Nous déclarons que la méthode de Finsen, avec les inconvénients qui lui appartiennent, doit entrer au nombre des méthodes régulières de traitement du lupus de Cazenave. Nous pouvons être absolument affirmatifs sur ce point, puisque nos observations concernent des malades entièrement guéris après échec de toutes les autres méthodes, y compris les courants de haute fréquence.

Au point de vue pratique, la distinction établie par M. Brocq entre le lupus érythémateux aberrant et le lupus érythémateux fixe a une valeur considérable; le traitement de la première forme n'est pas celui de la seconde.

Dans le lupus érythémateux aberrant, on peut obtenir la guérison par la plupart des méthodes, anciennes et nouvelles : topiques chimiques, savon noir, acide salicylique et pyrogallique, acide phénique neigeux, emplâtre de Vigo, scarifications, électricité de haute fréquence. En fait, il s'agit de lésions de la surface où les phénomènes congestifs ont un rôle prédominant et où de nombreux agents peuvent à travers l'épiderme déterminer la production de phénomènes résolutifs. Il faut ajouter que parmi les formes du lupus érythémateux aberrant il en est de spontanément curables. Dans ces formes, la photothérapie n'a d'indications réelles que dans les cas où, tous les ans, des poussées se reproduisent sur le même point, et où, dans ces conditions, on doit chercher à obtenir une cicatrice et une résorption profonde.

De toutes les méthodes que nous venons de citer, l'électricité de haute fréquence nous semble la meilleure, la plus active, la moins gênante pour les malades.

Au contraire, dans le lupus érythémateux fixe, où les lésions épidermiques et extra-vasculaires sont considérables, les conditions du problème sont les mêmes que pour le lupus vulgaire, c'est-à-dire qu'on pourra enlever de petits foyers isolés lorsque la réunion par première intention sera possible et qu'on pourra employer pendant quelque temps les méthodes anciennes *actives*, c'est-à-dire la scarification, la galvano-cautérisation, peut-être les caustiques chimiques *énergiques*. Les indications de la photothérapie sont semblables à celles que nous avons posées pour le lupus vulgaire, elle convient après échec des autres méthodes, essayées pendant peu de temps ; les inconvénients qu'il y a à prolonger leur application sont les

mêmes que pour le lupus tuberculeux. Seulement, il faut bien savoir que, même avec les nouveaux appareils qui permettent de mieux utiliser les rayons chimiques, les résultats sont longs à obtenir. Plusieurs de nos malades avaient paru avoir obtenu une guérison, toute rougeur ayant disparu, et la peau ayant repris un caractère normal, mais les lésions reparurent dans la suite. Le traitement, pour donner de bons résultats, devra donc être poursuivi avec une grande énergie. Nous croyons que, dans ces cas, on a intérêt à faire des séances longues, de une heure et même une heure et demie si le malade peut les supporter. *En fait, nous pensons qu'il est indispensable d'obtenir une sclérose complète pour qu'il y ait guérison, et le traitement photothérapique devra être poursuivi jusqu'à formation de cicatrices.*

La photothérapie, malgré sa proportion d'insuccès, donne en résumé, dans le traitement du lupus de Cazenave, un nombre de guérisons beaucoup plus élevé que celui de toute autre méthode ; elle peut donner et elle donne des guérisons là où tous les autres traitements ont échoué. Il y a même un fait assez paradoxal que nous avons eu l'occasion de constater plusieurs fois : c'est que dans certains cas où il s'agissait de formes qui s'étaient montrées rebelles aux méthodes antérieures et qui paraissaient devoir se montrer particulièrement tenaces, la guérison était obtenue avec une rapidité étonnante. On ne peut donc prédire a priori ce qui arrivera.

Mais quelle conduite devra-t-on tenir dans les cas où la photothérapie elle-même a échoué? Actuellement, il faut en convenir, on se trouve désarmé ; là où la photothérapie n'a pas donné de résultats, aucune autre méthode, aujourd'hui, ne peut en donner. Mais cette impuissance ne durera peut-être plus longtemps. L'instrumentation de la photothérapie est appelée à se modifier, à se perfectionner et on arrivera peut-être à posséder une source de rayons chimiques suffisamment intense pour voir disparaître les cas réfractaires.

Enfin la radiothérapie et la radiumthérapie, perfectionnées elles aussi, constitueront peut-être les traitements de choix du lupus érythémateux.

Le jour où la radiothérapie aura cessé d'être un agent dangereux, le jour où le médecin l'aura bien en main, il est certain que son action puissante en fera un moyen de traitement des plus énergiques. Il est donc permis d'espérer que d'ici quelques années le lupus érythémateux intractabilis deviendra une rareté clinique.

Conclusion. — Nous terminerons ce travail en résumant en quelques lignes les indications et les contre-indications *actuelles* (1902) de la photothérapie dans le traitement des lupus tuberculeux et érythémateux.

Lupus tuberculeux. — 1° *Lupus tuberculeux de la face.* — La photothérapie est indiquée dans les cas de lupus tuberculeux qui ont résisté aux autres méthodes.

Les résultats sont incertains.

a) Dans les lupus avec épaississement considérable des tissus, type végétant, type éléphantiasique limité ou généralisé.

b) Dans les lupus où les autres méthodes ont déterminé une sclérose profonde.

a) Dans les lupus végétants, il est indiqué de réduire le volume des tissus, par les scarifications ou les caustiques, tels que le permanganate. La photothérapie peut alors produire ses effets curatifs.

Dans les lupus éléphantiasiques, la photothérapie échouera en général. On essaiera toutefois ses effets sur quelques points avant d'y renoncer, car ces lupus ne relèvent actuellement d'aucune méthode thérapeutique régulière.

b) Dans les lupus sclérosés par les autres méthodes, on devra également essayer la photothérapie, car ces lupus sont en thèse générale incurables par tout autre procédé.

A l'heure actuelle, le médecin ne doit plus traiter indéfiniment un lupus tuberculeux par les anciennes méthodes, sous peine de le transformer en lupus définitivement incurable.

La photothérapie est contre-indiquée dans les lupus jeunes, qui peuvent guérir par l'ablation avec réunion par première intention. Nous faisons exception pour des jeunes filles ou des jeunes femmes chez lesquelles les conditions esthétiques pourraient conduire à employer une méthode plus longue que la méthode chirurgicale.

2° *Lupus tuberculeux du tronc et des membres.* — La photothérapie est contre-indiquée dans les lupus du tronc et des membres qui peuvent guérir plus rapidement par les autres méthodes, en raison de l'existence d'un plan de clivage hypodermique qui limite en général leur progression profonde (Leredde) (1). S'ils ne guérissent pas toujours, il faut en accuser l'éducation dermatologique incomplète de beaucoup de médecins, l'insouciance des malades, enfin l'application trop superficielle de méthodes qui ne peuvent être curatives qu'à la condition d'intéresser les lésions dans toute leur étendue, en surface et en profondeur.

Dans les tuberculoses des extrémités, la photothérapie est inapplicable à cause de l'hyperkératose et de l'acanthose qui empêchent la pénétration des rayons chimiques.

Lupus érythémateux. — 1° La photothérapie est contre-indiquée dans le lupus superficiel aberrant, curable par d'autres méthodes, en

(1) Leredde. Les indications de la photothérapie. *Presse méd.*, sept. 1901.

particulier les courants de haute fréquence. Elle ne pourrait être appliquée que dans des lupus reparaissant à chaque poussée aux mêmes points et résistant aux autres méthodes.

2° Dans la forme fixe sans tendance à la régression atrophique, la photothérapie est indiquée après échec des autres méthodes.

3° Il en est de même dans la forme fixe à tendance atrophique. Ici comme dans le lupus tuberculeux de la face, les autres méthodes ne doivent être employées que pendant un temps court.

Tout lupus érythémateux doit être traité avec énergie dès son début. Plus il persistera, plus il deviendra profond, plus il sera rebelle (Finsen).

4° Les lupus érythémateux qui ont résisté à la photothérapie bien faite, peuvent être traités par la radiothérapie ou la radiumthérapie. Limités et dans certaines régions ils peuvent être justiciables de l'ablation.

La photothérapie nous paraît contre-indiquée d'une manière générale dans le lupus érythémateux n'occupant pas la face.

Un mot pour finir.

La photothérapie peut-elle se combiner à d'autres méthodes de traitement? Nous avons vu dans quelles conditions elle peut être employée à leur suite. Mais nous croyons en principe inutile ou dangereux d'employer, pendant qu'on fait de la photothérapie, d'autres méthodes, par exemple, les scarifications ou les cautérisations. La condition de succès de la photothérapie, c'est la pénétration des rayons chimiques à travers les régions malades. Les scarifications, les cautérisations ne peuvent que la rendre plus difficile et il faudra des preuves absolues de leur utilité pour que nous revenions sur notre opinion.

Appareil photothérapique employant l'arc au fer sans réfrigérants.

Par MM. André Broca et Chatin.

Dans une note insérée aux Comptes rendus de l'Académie des Sciences du 3 mars 1902, nous avons annoncé les premiers résultats obtenus, à l'hôpital Saint-Louis, dans le laboratoire de M. Gastou, en employant pour le traitement photothérapique du lupus, un arc au fer puissant (18 ampères sous 30 volts environ). Ces résultats avaient été produits au moyen d'un appareil improvisé avec les ressources du laboratoire; nous avons maintenant établi un modèle pratique que nous allons décrire aujourd'hui.

L'arc au fer est employé depuis quelques mois à l'étranger, depuis les travaux de M. Bang. Celui-ci opère au moyen d'électrodes refroidies par un courant d'eau, et sous une intensité assez faible.

Nous avons cherché une solution évitant toute réfrigération et permettant d'employer un courant beaucoup plus considérable avec un régulateur à arc ordinaire. Les électrodes étudiées par MM. Broca et Pellin sont constituées par un *charbon positif à âme métallique* convenable et un *charbon négatif* ordinaire.

Dans ces conditions l'usure est parfaitement régulière, le charbon positif s'usant deux fois plus vite que le négatif. On peut, dans ces conditions, employer soit un régulateur à main, soit un régulateur automatique.

Malgré les intensités électriques dont nous nous sommes servi, on maintient facilement la peau humaine à 10 centimètres de l'arc pendant un temps illimité, sans échauffement pénible, alors qu'il est impossible de la conserver à cette distance d'un arc ordinaire de même puissance sans l'emploi de réfrigérants. Les effets actiniques sont, par contre, extrêmement intenses, le papier au citrate d'argent étant réduit au rouge très foncé en cinq secondes à 10 centimètres du foyer lumineux. Les *rayons actiniques* (*bleus, violets et ultra-violets*) étant les seuls actifs en photothérapie, nous avons donc pensé rationnellement qu'on devait obtenir des résultats très intenses par une bonne technique. La première condition à réaliser était d'éviter autant que possible la transformation en chaleur des rayons chimiques.

Or cette transformation pour les rayons ultra-violets est très difficile à empêcher, on ne peut espérer de bons résultats qu'en réalisant une compression encore plus parfaite que dans les appareils fonctionnant à l'arc normal.

Nous allons donc d'abord décrire l'appareil générateur d'énergie radiante, puis notre système de compression.

Un régulateur à charbons verticaux et à positif inférieur, automatique ou à main, est placé sur un pied et entouré d'une cheminée en laiton percée de quatre trous à hauteur du foyer de l'arc. Ce manchon métallique protège les assistants contre les érythèmes et les ophtalmies dangereuses que l'on ne peut éviter sans cela. Trois des trous à 60 degrés l'un de l'autre, permettent d'approcher trois malades à traiter; le quatrième est destiné à surveiller les charbons. Pour arriver à ce résultat sans danger pour les yeux, une tige est fixée au tube, elle porte une lentille montée sur une glissière, au moyen de laquelle on produit sur le mur une image réelle et renversée du cône de lumière.

La cheminée a 14 centimètres de diamètre et 70 centimètres de haut, elle est percée à sa partie inférieure d'ouvertures destinées à éviter l'échauffement, par la production d'un courant d'air.

Elle protège aussi les malades contre de petites projections incandescentes, que nous n'avons pu encore éviter complètement.

Pendant le fonctionnement, il se produit des vapeurs d'oxyde de fer, qui n'ont que l'inconvénient de se déposer sur les objets environnants. Nous n'avons jamais été gênés par ces vapeurs, dont on pouvait du reste s'affranchir complètement par un tuyau de dégagement approprié.

Le pied de l'appareil porte trois mentonnières permettant aux malades de conserver sans fatigue la position voulue. Deux glissières, dont une permet la rotation de la tige de support, amènent la mentonnière à la bonne hauteur et à la distance convenable de l'arc.

Passons maintenant à la description de l'appareil de compression.

Il se compose d'une calotte métallique que l'on place sur la tête du malade, ce qui donne un solide point d'appui; elle est munie au fond d'un coussin pneumatique, dont nous verrons le rôle tout à l'heure. Le bord de cette calotte porte une série de boutons qui permettent d'agrafer des bandes souples d'acier, percées de trous, au moyen desquelles nous fixons le compresseur.

Celui-ci comprend deux pièces : une garniture métallique portant la lentille de quartz, et deux tiges qui glissent librement dans des ouvertures pratiquées sur une rondelle de métal qui, elle, est solidaire des bandes d'acier ci-dessus décrites.

Cette rondelle est traversée par trois vis, qui appuient sur l'armature de la lentille.

Pour exercer une compression en un point déterminé, on commence par placer le compresseur de quartz en ce point, et à l'y fixer au moyen des bandelettes d'acier, sans s'occuper de donner ainsi une très forte compression. Une fois l'appareil assujetti, on gonfle le coussin pneumatique et on achève la compression avec les vis, qui permettent d'imprimer au quartz la direction convenable et le serrage nécessaire pour rendre les tissus placés au-dessous, absolument exsangues.

Les bandelettes d'acier qui maintiennent le système sont garnies de tubes de caoutchouc, dans les régions où elles sont en contact direct avec la peau.

Tout l'appareil peut être aisément nettoyé et garni de compresses renouvelables pour chaque malade.

Les lentilles de cristal de roche sont de formes variées, pouvant s'adapter aux diverses régions à traiter. La monture mobile permet leur retournement, et on peut alors utiliser suivant les besoins leurs deux faces, qui ont des courbures différentes.

Ces différents instruments font réaliser d'excellentes compressions, aussi avons-nous produit avec l'arc électro-métallique des réactions profondes.

Pour M. Bang, l'arc au fer ne donne que des résultats superficiels;

nous croyons, nous, avoir obtenu sur nos lupus des réactions profondes; nous l'attribuons en partie à la grande intensité de notre arc, mais surtout à la compression, car, comme nous l'avons déjà dit, les rayons lumineux actiniques sont très énergiquement absorbés par le sang, ils sont alors transformés en chaleur absolument inactive au point de vue microbicide et sclérogène qui nous intéresse. On ne peut donc espérer une pénétration à une certaine profondeur dans les tissus qu'en chassant le sang d'une façon parfaite.

En somme, notre appareil nous paraît d'un usage commode à cause de la suppression complète des courants d'eau qui compliquent considérablement les appareils de Finsen et de Lortet-Genoud et absorbent dans le compresseur refroidi nombre de radiations utiles. De plus, la réalisation de la compression avant l'application de la lumière permet de la régler parfaitement et de n'avoir qu'un seul infirmier pour surveiller le traitement de trois malades.

Au point de vue clinique actuel, nos expériences ont porté sur neuf malades atteints de lupus de Willan. Ils ont été soumis à des expositions de 15, 20 ou 30 minutes à 8 ou 10 centimètres d'un arc de 15 à 20 ampères.

Les réactions provoquées ont toujours été très intenses avec soulèvement de l'épiderme et phlyctène se produisant de douze à quarante-huit heures après la séance. Nous n'attachons pas une trop grande importance à ces réactions visibles à brève échéance, car l'expérience quotidienne nous a appris qu'elles sont souvent trompeuses, et qu'une forte phlyctène n'est pas toujours l'indice d'une réaction curative profonde. Nous savons de plus que, soit avec l'appareil original de Finsen ou celui de Lortet-Genoud, on ne peut être certain des effets qu'à longue échéance, et nous pensons qu'il en sera probablement de même avec notre appareil.

En plus de la réaction vésicante superficielle ordinaire, nous avons trouvé chez nos malades, après assèchement de la phlyctène et ablation de la couche cornée, dans le derme à nu, les régions saines périnodulaires à peine touchées et les nodules lupiques profondément attaqués, puisqu'ils sont remplacés par de petites excavations de plus de 1 millimètre. Nous constatons ici l'action élective de la lumière sur les tissus morbides, fait déjà indiqué par Finsen. Enfin et surtout, la partie soumise au traitement semble avoir été fortement ventousée, elle est comme attirée par la lumière, démontrant ainsi, croyons-nous, l'intensité de la réaction sclérogène provoquée.

Le temps et l'examen longtemps poursuivi des malades traités, nous permettront seuls, dans l'avenir, de juger les résultats de nos essais et de faire la juste part entre nos espérances et la réalité.

M. Leredde. — Je tiens à féliciter MM. Broca et Chatin du perfectionnement remarquable qu'ils ont apporté à la lampe de Bang, que je n'ai pu

expérimenter pour mon compte, et dont, je crois, aucun appareil n'a été encore employé en France, de sorte que nous avons vu annoncer des résultats produits par un procédé que nous n'avons pu juger.

Non moins important est peut-être le perfectionnement apporté à la technique de la compression. La compression se fait beaucoup moins bien dans l'appareil de Lortet et Genoud, que dans celui de Finsen, et ç'a été une source de mécomptes, malgré la supériorité de l'appareil à d'autres points de vue. Plus la compression est forte, plus l'action des rayons chimiques peut être profonde, et c'est pour cela, entre autres raisons, que la photothérapie est supérieure aux autres procédés de traitement du lupus.

M. Brocq. — Il résulte des communications précédentes, que la photothérapie ne donne pas de résultats satisfaisants si la compression est peu intense et les séances trop courtes. Ce sont là des notions pratiques essentiellement importantes et dont nous ferons notre profit. Je me borne à faire constater qu'avec les procédés actuellement utilisés en photothérapie, les effets immédiats du traitement défigurent les malades au moins autant sinon plus que les scarifications. Ce sont là des inconvénients assez désagréables quoique passagers ; mais, à mon sens, ce qu'il y a de moins séduisant dans cette méthode, c'est la multiplicité des séances nécessaires. Au point de vue du lupus érythémateux, je suis à peu près de l'avis de M. le Dr Leredde : je crois que les effluves de haute fréquence doivent être préférées pour les formes superficielles aberrantes, et la photothérapie pour les formes profondes fixes.

M. Leredde. — Il pouvait peut-être résulter des paroles de M. Brocq une confusion que je tiens à dissiper. La photothérapie produit des résultats esthétiques supérieurs aux autres méthodes, au moment de la guérison, et c'est ce qui importe. Quant à savoir, si, après les séances, il est plus ou moins gênant au point de vue extérieur d'avoir été cautérisé, scarifié, photothérapisé, cela dépend de la question de pansement consécutif. Pour ma part, je fais porter aux malades un pansement au moment des réactions photothérapiques ; je crois qu'après les cautérisations ils doivent en porter également un.

La communication de MM. Gastou, Baudouin et Chatin, celle de M. Brocq me suggèrent quelques réflexions concernant la technique de la photothérapie. Je dois dire que M. Pautrier et moi, avons pris pour règle de faire des séances d'au moins une demi-heure par l'appareil de Lortet, nous les faisons souvent d'une heure, et quelquefois d'une heure et demie, lorsqu'il s'agit de formes rebelles. J'ai parlé plus haut de la compression. Dès que je le pourrai, j'emploierai l'appareil de M. Chatin, car il est nécessaire que cette compression se fasse mieux encore que nous ne le pouvons faire en ce moment.

M. Gastou. — Dans la série des applications que nous avons faites de l'appareil Lortet-Genoud, il nous est rarement arrivé de constater de résultats esthétiques mauvais autres que la production, dans un cas, de chéloïdes et, dans un autre, de végétations.

D'ailleurs pour obvier à ces inconvénients et pour achever la guérison nous aidons à l'action curative du Lortet-Genoud à l'aide d'un traitement

adjuvant : applications de permanganate, pointes de feu, curetages même et scarifications.

M. Brocq. — En parlant des effets de la photothérapie, je n'avais en vue que les résultats immédiats, et non les résultats tardifs, qui sont parfaits. Pour activer les résultats, M. Gastou nous a dit qu'il était partisan des méthodes mixtes ; c'est un point important à noter.

M. Leredde. — Je demanderai à M. Gastou d'expliquer exactement ce qu'il entend par traitement adjuvant. Pour ma part, j'emploie le permanganate de potasse comme adjuvant, ce qui veut dire qu'avant de traiter un malade par la photothérapie, je réduis les lésions, le cas échéant, par le permanganate. M. Gastou fait-il des cautérisations, des scarifications sur les régions qu'il traite en même temps par la photothérapie? Pour ma part, je ne le fais jamais, car la condition de l'action de la photothérapie c'est la pénétration des tissus par les rayons chimiques et toute lésion de ces tissus surajoutée aux lésions lupiques ne peut que gêner l'action des rayons. S'il s'agit, au contraire, de faire un traitement adjuvant sur des régions non soignées en même temps par la photothérapie, je ne ferai pas la même objection, je fais seulement observer que la plupart des malades que nous soignons en ce moment sont rebelles aux procédés de ce traitement adjuvant et qu'il doit avoir surtout l'effet moral de retenir les malades d'hôpital et de les engager à se soumettre plus docilement à la photothérapie.

M. Gastou. — Le traitement adjuvant n'est pas fait en même temps que la photothérapie, mais alternativement, et cela non pas seulement pour activer l'action du traitement, mais encore pour obvier à quelques inconvénients irritatifs de la méthode. Pour activer nous appliquons la photothérapie, et dès que la réaction est calmée au bout de 6 à 8 jours environ, nous détruisons les points profonds isolés ou réfractaires à la curette ou à l'électro-cautère, ne reprenant la photothérapie que quand cette ablation ou cautérisation est guérie.

Il nous est arrivé de voir dans des lupus vorax des proliférations, qui étaient histologiquement épithéliomateuses, se produire à la suite d'une série d'applications photothérapiques ; dans ces cas nous avons cureté et appliqué un mélange arsenical. Telle est la façon dont nous concevons le traitement adjuvant.

M. Leredde. — Ce que vient de dire M. Gastou montre à quelle confusion on peut arriver dans une discussion forcément trop rapide et désordonnée. M. Gastou n'a absolument pas dit que la photothérapie fût responsable de l'épithéliome observé chez un malade, mais on pourrait le déduire de ses paroles en leur donnant un sens qu'elles n'ont pas. Or je considère en principe qu'on peut craindre que les cautérisations qui provoquent des cicatrices assez irrégulières avec inclusions épithéliales possibles puissent amener certains des épithéliomes compliquant le lupus, la photothérapie au contraire produit des cicatrices plus régulières et, *toujours a priori*, doit exposer beaucoup moins à cette complication.

Syphilis et diabète insipide.

Par MM. Gaucher et Lacapère.

Claude Bernard montrait en 1857 (1) que la piqûre de points déterminés du 4e ventricule pouvait produire la polyurie ou la glycosurie. La connaissance de ce diabète par altération du système nerveux central permettait bientôt à un certain nombre d'auteurs d'assigner une cause précise à l'origine de certains diabètes sucrés ou insipides, comme les diabètes qui succèdent à un traumatisme cérébral ou ceux qui apparaissent à la période tertiaire de la syphilis.

Les cas de Lancereaux (2), Philipps (3), Hösslin (4), Lecorché et Talamon (5), Pospeloff (6), etc., montraient à la fois l'existence d'un diabète insipide chez les syphilitiques tertiaires présentant des manifestations cérébrales, et la guérison rapide de ce diabète spécifique par le traitement mercuriel, c'est-à-dire l'étroit rapport de causalité entre le syphilome cérébral et le syndrome diabète.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer, chez un syphilitique tertiaire, des symptômes de diabète insipide qui se sont améliorés rapidement sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré. Grâce à divers symptômes cérébraux, nous avons pu porter le diagnostic de syphilome localisé à la région du 4e ventricule et à l'origine de la 5e paire.

Les observations de ce genre sont peu fréquentes, et, rapprochant ce cas de ceux qui ont été publiés jusqu'à présent, nous avons jugé qu'il n'était pas sans intérêt de le rapporter ici.

Nous donnons l'observation résumée du malade :

Le 5 novembre 1901, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lorain, un homme de 35 ans, exerçant la profession de boulanger, présentant de la pollakiurie atteignant environ 8 litres par vingt-quatre heures, de la polydipsie, symptômes que nous avons considérés comme ceux d'un diabète insipide, étant donnée l'absence de sucre dans les urines.

Nous apprenons qu'il a eu, à l'âge de 17 ans, un chancre à la verge, et qu'à la suite de cet accident, sont apparues des plaques muqueuses, des taches de roséole et de la céphalée. A cette époque, il a été traité pendant six mois par des pilules.

Il y a cinq ans, des gommes sont apparues sur la région antérieure droite du thorax.

(1) A. Bernard. *Physiologie du système nerveux*. Paris, 1858, t. I, p. 397.

(2) Lancereaux. *Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris, 1874, p. 364.

(3) J. Philippe. *Lancet*, 1883.

(4) Hosslin. Diabète insipide à la suite de la syphilis cérébrale, guéri par le traitement spécifique. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1885.

(5) Lecorché et Talamon. *Médecine moderne*, 1890, p. 517.

(6) Pospeloff. Diabète insipide et myxœdème d'origine syphilitique. *Med. Obzp.*, 1893.

Le malade, dont la santé est restée bonne jusqu'à l'âge de 30 ans, avoue avoir fait de grands excès de coït, mais il nie tout excès éthylique.

A l'âge de 30 ans, il y a donc cinq ans à présent, au moment où sont apparues ses gommes, le malade remarque que ses forces diminuent beaucoup, et il ne peut continuer à travailler.

Ces accidents persistent sans grand changement pendant plusieurs années.

Il y a deux mois, le malade commence à uriner d'une façon extrêmement abondante. La soif est vive, la bouche sèche et empâtée. Les urines ne contiennent alors ni albumine ni sucre.

Il se présente alors à l'hôpital. Nous constatons sur le thorax les cicatrices des gommes dont il a déjà été parlé. Il existe des syphilides croûteuses à l'épigastre et des exostoses frontales et temporales.

L'état général est médiocre; le malade est maigre et asthénique. La polyurie est considérable (8 litres environ par jour, au moment de l'entrée). La soif est vive, la langue rôtie. Le malade se plaint de céphalée frontale continue, avec exacerbations vespérales. Les urines, abondantes deviennent légèrement opalescentes par le repos. D'une densité de 1006 environ, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. La quantité d'urée éliminée en vingt-quatre heures est normale, de même que la quantité des chlorures; la quantité des phosphates éliminés est notablement plus forte que normalement.

La sensibilité paraît un peu exagérée; les réflexes rotuliens sont exagérés. L'acuité visuelle est extrêmement diminuée.

On institue le traitement suivant : antipyrine, 1 gr. 50 par jour, 2 pilules de 1 centigramme de sublimé et 4 grammes d'iodure de potassium. L'antipyrine est supprimée le cinquième jour ; les pilules de sublimé sont maintenues ainsi que l'iodure.

Au bout de 12 jours, la vue s'est légèrement améliorée; les urines sont émises en moins grande abondance. Les pilules sont remplacées par des injections de benzoate de mercure.

Le malade est alors adressé à M. le docteur Terrien qui pratique l'examen ophtalmoscopique.

Ses constatations sont les suivantes : le malade se plaint de troubles oculaires apparus depuis 2 mois : la vision, très diminuée, est suffisante pour qu'il puisse se diriger, mais il voit les objets comme à travers un brouillard.

Les pupilles sont un peu inégales; le réflexe pupillaire à la lumière est conservé à droite, paresseux à gauche. Le réflexe à l'accommodation est conservé des deux côtés. La sensibilité de la cornée et de la conjonctive est très diminuée, surtout à droite, où on peut promener à la surface de la cornée une bande de papier sans provoquer de réflexe appréciable.

Réfraction. — Hypermétropie faible (2 D + de chaque côté).

Acuité visuelle :

$$V - OD = 0{,}4$$
$$OG = 0{,}1$$

Examen ophtalmoscopique. — Stase papillaire bilatérale, d'intensité relativement modérée et telle qu'on la rencontre dans les tumeurs cérébrales ou dans les méningites basilaires.

A droite, il existe de nombreuses hémorrhagies en flammèches, tout autour de la papille. La macula est respectée ainsi que la rétine environnante. Aspect à peu près identique à gauche : œdème papillaire avec hémorrhagies. La papille paraît blanchâtre, rappelant l'aspect de la papille atrophique.

Le champ visuel est rétréci des deux côtés, beaucoup plus à gauche qu'à droite, où il est presque normal.

A part quelques jours d'interruption de l'iodure de potassium, le traitement mixte est continué régulièrement. On prescrit en même temps des applications chaudes fréquemment répétées sur les yeux et le port de lunettes foncées (teinte n° 3).

Le 7 décembre, un mois après l'entrée du malade à l'hôpital, l'état est très amélioré. La quantité des urines émises quotidiennement n'est plus que de 3 à 4 litres. La soif est moindre.

L'état ophtalmoscopique est sensiblement identique, mais la vision s'améliore.

OD V = 0,5 très difficilement.
OG V = 0,2

Le 16 décembre,

OD V = 0,8
OG V = 0,5

L'aspect ophtalmoscopique s'est un peu modifié ; les hémorrhagies commencent à se résorber et les bords de la papille deviennent plus nets.

Le champ visuel est normal à droite, il est rétréci concentriquement à gauche pour le blanc et pour les couleurs.

Le 23 décembre,

OD V = 1 (normale).
OG V = 0,4

L'acuité visuelle est redevenue normale pour l'œil droit. Elle reste sensiblement identique du côté gauche. A gauche, le réflexe pupillaire à la lumière est toujours un peu paresseux.

Les hémorrhagies du fond de l'œil diminuent peu à peu, surtout à droite, où elles ont presque totalement disparu.

28 décembre,

OD V = 1 = normale.
OG V = 0,3

9 janvier 1902,

OD V = 1 = normale.
OG V = 0,4

Le fond de l'œil est presque normal : on ne trouve plus à droite que quelques hémorrhagies disséminées et la saillie de la papille a disparu. Seuls, les bords demeurent mal limités. A gauche, les lésions diminuent.

16 janvier,

OD V = 1 = normale.
OG V = 0,5

25 janvier,

OG V = 0,6 très difficilement.
OD V = 1

On ne trouve plus aucune trace d'hémorrhagie à droite ; à gauche, il en existe encore quelques-unes à la partie inférieure de la papille.

L'état général est excellent. La polydipsie a disparu. La quantité des urines émises chaque jour est redevenue normale. Le malade sort le 3 février.

Devant cette métamorphose, il est impossible de nier la nature spécifique de l'affection.

Quant à la cause déterminante de ce diabète insipide, à la lésion anatomique qui lui a donné naissance, le diagnostic le plus probable paraît être celui de tumeur gommeuse du plancher du 4e ventricule ou méningite chronique syphilitique de la même région.

L'inégalité des pupilles ne vient pas, de même que l'œdème papillaire, à l'encontre de ce diagnostic, car on les constate dans presque tous les cas de tumeur cérébrale.

Ce qui doit attirer l'attention, c'est la diminution de sensibilité de la cornée et de la conjonctive du côté droit, qui prouve l'atteinte du trijumeau.

Ce symptôme fera donc incliner plutôt le diagnostic vers la méningite scléro-gommeuse, avec des altérations surtout marquées, à la fois, du côté du 4e ventricule et du côté de la protubérance au niveau de l'origine de la 5e paire.

Dans notre observation comme dans celle des auteurs que nous avons cités, la cause du diabète insipide est un syphilome cérébral localisé à la région du 4e ventricule. C'est là, en effet, la cause la plus fréquente qu'on ait relevée à l'origine du diabète insipide syphilitique, mais quelques observations de Lancereaux, de Fournier, montrent que le syndrome diabète insipide peut apparaître dès le début de la période secondaire.

Il faut donc considérer le diabète insipide comme ayant une signification bien différente suivant l'époque à laquelle il apparaît.

A la période tertiaire, il relève, comme le diabète sucré syphilitique, d'un syphilome cérébral localisé.

A la période secondaire, il relève, comme encore le diabète sucré, de ces troubles généraux de la nutrition étudiés par Tschistiakoff (1) et tout récemment par l'un de nous (2).

(1) Tschistiakoff. Glycosurie au début de la syphilis. *Vratch*, 1894.

(2) Gaucher et Crouzon. Des troubles de nutrition dans la syphilis. *Journ. de physiologie* janvier 1902.

Sur un cas de staphylococcie blanche folliculaire ascendante de nature peut-être psoriasique.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Les dermatoses liées aux proliférations des staphylocoques se présentent à l'observation sous les formes les plus diverses; nous en avons pour témoins les caractères qui séparent l'eczéma du furoncle; c'est que, d'une part, les diverses parties du tégument externe peuvent offrir à ces micro-organismes des milieux de culture plus ou moins favorables, et réagir différemment sous l'influence des toxines qu'ils sécrètent; d'autre part, l'intensité de la virulence varie dans des proportions considérables; il faut tenir compte à cet égard, des différences que ces parasites présentent dans leurs caractères physiques et, plus particulièrement, dans leur couleur ; elles ont, selon toute vraisemblance, pour corollaires des différences dans leurs propriétés biologiques et pathogéniques.

Le malade dont nous avons l'honneur de vous communiquer l'histoire, et dont on peut étudier l'éruption sur cette belle photographie de notre éminent artiste Méheux, nous offre une variété intéressante et incomplètement décrite jusqu'ici de cette infection.

Victor M..., âgé de 40 ans, journalier, entre le 13 janvier 1902, salle Bazin, lit nº 66. Le malade a eu, il y a 15 ans, une première poussée de psoriasis, qui a duré une année et pour laquelle il a été soigné à l'hôpital Saint-Louis, salle Casenave. Il en est sorti guéri.

En septembre 1901, il entre à Saint-Louis pour une éruption qui paraît avoir été le début de celle dont il est atteint aujourd'hui ; on le traite pendant trois semaines par la pommade à l'oxyde de zinc et des bains gélatineux.

Pendant les derniers temps de son séjour dans ce service, il voit apparaître un grand nombre d'éléments petits, rouges, sur ses jambes et ses cuisses ; ils sont accompagnés de vives démangeaisons. Après sa rentrée chez lui, cette éruption naissante s'étend. Il consulte un médecin qui prescrit des lavages au sublimé. Le traitement n'ayant amené aucune amélioration, il revient à Saint-Louis où il entre dans notre salle Bazin.

Les membres inférieurs sont alors recouverts de petits éléments dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une lentille. Ils sont d'un rouge foncé, séparés les uns des autres par des espaces de peau dont la coloration rouge vif s'efface et blanchit sous la pression du doigt. Un grand nombre de ces éléments se transforment en pustulettes dont le contenu est une gouttelette de pus blanchâtre. Quelques-uns de ces îlots purulents ont la dimension d'une pointe d'aiguille. La plupart d'entre eux sont centrés d'un poil. Leur saillie est nulle. Quelques-uns atteignent 3 millimètres de diamètre, formant de petites nappes à contours serpigineux qu'entoure une aréole érythémateuse.

Ces éléments sont très nombreux. On voit en outre des îlots érythéma-

teux dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille. Ils sont tous centrés d'un poil. L'épiderme est soulevé à leur périphérie par un liquide suppuré. A la cuisse, la plupart des îlots suppurés sont de même centrés d'un poil.

La coloration rouge vif des téguments existe d'une façon continue depuis les chevilles jusqu'à un travers de main au-dessous des plis inguinaux et jusqu'aux plis fessiers.

Sur le dos des pieds, on note quelques éléments isolés, centrés d'un poil, recouverts d'une croûtelle centrale avec soulèvement périphérique. Les orifices sudoripares de la plante des pieds sont dilatés. Une fine desquamation existe, surtout à gauche.

Le scrotum et la verge sont le siège d'un vif prurit, mais sans lésions appréciables.

Les membres supérieurs, indemnes au début, sont actuellement atteints.

Sur la face palmaire des mains, on ne voit que quelques points de desquamation.

Sur la face dorsale, les éléments érythémateux et les éléments purulents sont centrés d'un poil ; ils sont surtout confluents au bord cubital de la main et au dos des premières phalanges des quatre derniers doigts.

Les avant-bras sont atteints jusqu'aux plis du coude en avant ; en arrière, les lésions remontent environ jusqu'à la moitié du bras.

Sur la partie médiane et inférieure du dos, en haut de la colonne lombaire, on voit un petit groupe d'éléments de caractère psoriasique. Au coude droit, se trouve un élément de même nature en voie de disparition.

Il faut noter enfin la tuméfaction des ganglions verticaux et transversaux des régions inguinales, ainsi que des adénopathies axillaires.

Il n'y a rien de particulier au cuir chevelu ni dans la bouche.

15 février. Les altérations persistent dans toute l'étendue des membres inférieurs ; elles atteignent le tiers supérieur des bras et remontent jusqu'à l'épigastre. L'envahissement se produit par des pustulettes en groupes ou isolées, mais toutes centrées d'un poil. On en voit toujours de miliaires et de lenticulaires.

Les mêmes éléments suppurés continuent à se produire dans toute l'étendue des parties primitivement envahies.

Outre la rougeur vive des saillies, il y a une coloration rouge plus pâle généralisée de toutes les régions atteintes.

Avec les boutons suppurés coexistent de légères saillies rouges, vestiges d'anciennes suppurations.

Les poils sont lanugineux et s'arrachent facilement.

Dans les paumes des mains, l'épiderme présente des épaississements cornés et des indurations profondes d'une coloration jaune pâle.

Sur le bout des doigts, les altérations sont limitées aux follicules pilo-sébacés.

Nous avons recours successivement, comme médications topiques, aux enveloppements avec des compresses imprégnées, soit de la solution biboratée, boriquée, salicylée, soit d'acide phénique au 200e, soit de salicylate de soude au 20e, soit de sublimé au 15/000e ; aucune d'elles n'empêche de

nouvelles poussées de se produire dans toutes les parties précédemment indiquées, avec des caractères identiques. Les lésions sont devenues confluentes sur la partie externe du dos des mains en placards mesurant de 3 à 4 centimètres de diamètre.

Depuis le 12 mars, le malade est soumis à un traitement par les bains au sublimé, en même temps que l'enveloppement avec les compresses sublimées à 1/5000e est continuel.

15 mars. Il survient de nouveau de nombreuses pustulettes planes, saillantes, centrées d'un poil.

Tous les poils sans exception présentent à leur base une altération, représentée par une aréole rouge de 1 ou 2 millimètres, légèrement saillante et pustuleuse ou non dans sa partie centrale.

On voit, aux jambes, des pustules dépourvues de poils, mais nombre d'entre elles présentent dans leur partie centrale une dépression qui correspond à l'ouverture du follicule d'un poil tombé.

Si l'on ouvre ces pustulettes, on met à découvert une surface rouge excoriée, entourée d'un soulèvement épidermique. L'éruption remonte, au bras, jusqu'à la région deltoïdienne.

Les cultures des liquides exsudés, pratiquées avec les précautions antiseptiques, ont donné, à trois reprises, des cultures pures de staphylocoques blancs.

On remplace les pansements humides par l'application d'une pommade boriquée au vingtième.

L'état général est relativement satisfaisant ; il n'y a pas de fièvre ; la muqueuse buccale est intacte ; il n'y a pas de signes de complications viscérales.

En résumé, ce malade est atteint, depuis près de six mois, d'une infection staphylococcique qui se renouvelle par poussées successives, intéressant partout, avec une prédominance très marquée, et dans plusieurs régions exclusivement, les follicules pilo-sébacés et se traduisant par la formation de pustulettes dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une petite lentille ; elles sont entourées d'une zone érythémateuse, le plus souvent plane, parfois saillante ; les téguments intercalaires présentent, au moment des poussées, une teinte rosée, indiquant qu'ils participent secondairement au processus.

Cette pyodermite à prédominence folliculaire a suivi une marche ascendante depuis les extrémités inférieures jusqu'aux régions inguinales et, aux membres supérieurs, depuis les mains jusqu'aux régions deltoïdiennes ; dans les parties nouvellement envahies, on peut constater que les altérations ont pour siège exclusif les orifices pilo-sébacés. On a noté déjà, dans diverses observations, cette prédilection des staphylocoques pour ces follicules, mais non d'une façon aussi systématisée que chez ce malade.

Nous n'avons pas encore vu signalée cette forme de pyodermite ;

elle diffère des folliculites suppuratives décrites jusqu'ici par la marche régulièrement ascendante des altérations et leur extension à toute l'étendue des régions intéressées. Peut-être doit-elle ces caractères spéciaux à ce qu'elle est due à la prolifération de staphylocoques blancs, à l'exclusion des staphylocoques dorés qui ont été seuls en jeu dans les cas étudiés jusqu'ici par M. Sabouraud; elle se rapproche de ce que l'un de nous a décrit sous le nom d'*infection purulente tégumentaire*, mais elle en diffère par l'absence complète de soulèvements en larges nappes et le maintien, malgré les suppurations prolongées, d'un état général relativement satisfaisant.

En toute évidence, les follicules pilo-sébacés offrent, chez ce malade, un milieu de culture exceptionnellement favorable à la prolifération de ces éléments pathogènes. Cette dermatose mérite le nom de *staphylococcie blanche folliculaire ascendante.*

Est-il possible d'aller plus loin et de rattacher ces accidents à un type morbide déterminé?

Nous avons pensé d'abord à une éruption cadique, mais le malade nous a, à diverses reprises, affirmé catégoriquement qu'il n'avait pas fait usage, depuis près de quinze ans, de pommade à l'huile de cade.

Il est une autre hypothèse qui, malgré les apparences, peut être soutenue, c'est celle d'une poussée aiguë de psoriasis; l'un de nous a publié en effet en 1898, sous le nom de séborrhéide papulo-pustuleuse, un fait qui n'est pas sans avoir présenté avec celui-ci de frappantes analogies; il s'est agi d'une dermite papulo-pustuleuse dont les éléments initiaux occupaient les follicules pilo-sébacés; comme chez notre malade, l'éruption s'est étendue de proche en proche, elle a envahi presque toute la surface du corps ; elle s'est transformée au bout de plusieurs mois en une éruption psoriasique typique et persistante. Nous nous proposons de rechercher si le staphylocoque blanc ne prédominerait pas dans la faune bactériologique du psoriasis. Il résulte de cet exposé qu'il nous reste, à propos de ce fait clinique, plusieurs questions à élucider : Cette staphylococcie blanche est-elle primitive ou secondaire? S'agit-il, oui ou non, d'une poussée aiguë suppurative de psoriasis ? Le staphylocoque blanc ne serait-il pas l'agent pathogène de cette dermatose? Quel traitement pourrait enrayer le développement de ces staphylococcies à extension progressive ? Nous nous efforcerons de trouver la solution de ces divers problèmes.

M. L. Brocq. — J'ai observé en ville un cas analogue à celui que MM. Hallopeau et Fouquet viennent de rappeler à la fin de leur communication. Il s'agit d'un homme de 60 ans environ, qui a vu brusquement se produire chez lui une poussée suraiguë de pustules aplaties de la grosseur d'une petite lentille ou d'une forte tête d'épingle, entourées d'une aréole

rouge nettement inflammatoire. L'éruption était presque généralisée à toute la surface du corps. Elle était surtout intense à la face dorsale des mains, aux poignets, au cou, aux plis inguinaux et aux parties. Elle donnait l'impression d'une éruption artificielle, d'une gigantesque éruption d'huile de croton ou d'une ioduride par exemple. Peu à peu sous mes yeux, chaque pustule à mesure qu'elle a séché a été remplacée par une tache de séborrhéide psoriasiforme qui s'est étalée et qui a évolué pour son propre compte. Aux paupières et au cou, de nombreux furoncles ont persisté pendant fort longtemps. Ce qui a semblé le mieux réussi, ç'a été des préparations ichthyolées, faibles d'abord, et mélangées à de l'oxyde de zinc, puis de plus en plus énergiques. Il est bon d'ajouter qu'il y a eu complication d'eczématisation vraie aux parties, aux plis inguinaux, aux sillons rétro-auriculaires. Ce mode spécial de début des séborrhéides psoriasiformes me paraît digne d'être relevé : M. Hallopeau a eu le mérite de le signaler le premier.

Le secrétaire,

GASTOU.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1902.

Tenue à Toulouse à l'Hôtel-Dieu.

PRÉSIDENCE DE M. CH. AUDRY.

SOMMAIRE. — Troubles trophiques des cheveux (Alopécie aiguë, plique d'origine hystérique), par M. DUBREUILH. — Sur les lésions de la séborrhée et en particulier de la séborrhée sénile, par MM. AUDRY et DALOUS. — Dermatose prurigineuse consécutive à la castration ovarienne, guérie par l'opothérapie, par M. SOTTAS. — Kystes épidermiques du cuir chevelu, par M. DUBREUILH. — Sur une transformation plasmodiale subie par les cellules du revêtement épithélial des kystes épidermiques, par M. AUDRY. (Discussion: M. DUBREUILH.) — Traitement du cancer par l'ignipuncture interstitielle profonde suivie d'application de solutions cuivriques ou eaux cuivriques naturelles, par M. MOREAU. (Discussion: MM. GAUCHER, MOREAU, FRÈCHE.) — Statistique peladique, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. DUBREUILH, HALLOPEAU, DUBOIS-HAVENITH). — Contribution au traitement de la pelade, par M. FERRAS. (Discussion : MM. DUBOIS-HAVENITH HALLOPEAU, DUBREUILH, FERRAS, AUDRY.) — Lichen et lichénifications, par MM. GASTOU et VIEIRA. — Cas de morphée, par MM. BROCQ et CIVATTE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, AUDRY, GAUCHER). — Aspect psoriasiforme des syphilides développées sur un psoriasique, par M. AUDRY. — Hérédo-syphilis mutilante tardive de la face, par MM. AUDRY et BAUBY. — Érythème tuberculiforme chez une lupique traitée par la photothérapie, par M. AUDRY. — Acrokératodermie héréditaire et familiale, par MM. AUDRY et LAQUESSE. — Angionévrose syphilitique, par M. AUDRY. (Discussion : MM. GAUCHER, BROCQ, AUDRY.) — Culture du microsporon furfur sur milieu solide placentaire, par MM. GASTOU et NICOULAUS. — Contribution à l'étude des atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde dentition, par MM. HALLOPEAU et EDMOND FOURNIER.

Troubles trophiques des cheveux (Alopécie aiguë, plique d'origine hystérique).

Par M. DUBREUILH.

Les publications de ces dernières années, et notamment celles de Jacquet et de Brocq, ont rappelé l'attention sur le rôle du système nerveux dans la production des alopécies. Ce rôle paraît, en effet, des plus importants et il ne se borne pas à la production de la pelade en plaques ou de la pelade décalvante, mais il peut donner naissance aux troubles les plus divers de la nutrition des cheveux.

Sous l'influence des ébranlements du système nerveux, de la neurasthénie ou de l'hystérie, il peut se produire des troubles divers dans la vitalité ou la structure des cheveux :

1° Des alopécies circonscrites ou généralisées, lentes ou aiguës. Les alopécies circonscrites et lentes reproduisent le syndrome de la pelade. C'est encore une pelade qui se produit quand l'alopécie est circonscrite et aiguë, comme dans un cas que je viens d'observer.

Les alopécies généralisées et lentes sont encore mal connues, mais probablement assez fréquentes. Dans les alopécies généralisées et aiguës d'origine nerveuse, les cheveux paraissent frappés de mort subite. Ils restent enfoncés dans le derme, mais sans adhérence, de sorte qu'ils se laissent arracher par pinceaux à la moindre traction. Chaque jour il en tombe une certaine quantité, et en peu de temps le cuir chevelu est déglabré complètement ou ne conserve que quelques cheveux épars.

2° Des altérations dans la structure du cheveu, soit dans la partie formée après le choc nerveux, ce qui se comprend facilement, soit même dans le cheveu déjà formé, ce qui est tout à fait inexplicable. Les cheveux deviennent fragiles et des froissements jusque-là sans influence y déterminent des éclatements localisés, des nodules de trichorrhexis. Ils peuvent perdre leur couleur et il existe des faits bien établis de canitie subite. Ils peuvent enfin devenir secs, rugueux, crépus, enchevêtrés, feutrés, ce qui constitue la plique vraie dont l'existence est bien établie par un certain nombre d'observations et par un mémoire de M. Méneau (1), publié il y a quelques années.

Plusieurs de ces altérations peuvent être associées; on peut même dire que c'est la règle, quoique en général l'une ou l'autre prédomine.

Dans les quelques observations suivantes nous voyons des femmes ayant des antécédents névropathiques très accusés atteintes, l'une de sidération des cheveux suivie d'alopécie générale, la seconde de plique légère suivie d'alopécie généralisée par mort subite des cheveux, la troisième d'une ébauche de plique.

Il ne faut pas confondre la plique avec l'emmêlement qui se produit quand on peigne une femme qui perd abondamment ses cheveux. Dans ce cas, les cheveux considérés individuellement ont leur lustre normal, ils sont unis et lisses.

Dans la plique le feutrage se produit spontanément, sans qu'il y ait de chute anormale ; les cheveux pris isolément sont secs, rugueux, crépus, irrégulièrement ondulés comme de la laine de mouton et possédant comme elle la tendance à se feutrer.

Observation I. — *Névropathie habituelle ; troubles psychiques remplacés par une alopécie aiguë.* — Mme D..., âgée d'une trentaine d'années, est une femme très mondaine et coquette, fille très nerveuse d'une mère névropathique. Elle a eu à plusieurs reprises des manifestations de bizarrerie morale, des périodes de tristesse irraisonnée et d'inquiétude sans fondement. Ainsi, l'année dernière pendant un certain temps, elle craignait toujours qu'un accident ne fût arrivé à son mari : s'il rentrait en retard

(1) G. Méneau. Considérations sur la plique. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1894, p. 113.

pour dîner ou même sans cette circonstance, elle se persuadait qu'il lui était arrivé toute sorte d'accidents et son imagination se montait à des véritables crises vésaniques; cet état a duré plusieurs mois avec des variations d'intensité. Ces mêmes symptômes plus ou moins accusés se sont montrés plusieurs années de suite. Ils paraissent avoir été remplacés cette année par les accidents cutanés actuels ; elle-même déclare qu'elle ne s'est jamais si bien portée que depuis que ses cheveux tombent.

Je suis appelé en février 1900. Mme D... a remarqué que depuis quelque temps ses cheveux tombent d'une manière inquiétante et qu'il y a notamment une place glabre sur le côté droit du frontal.

Le cuir chevelu est pâle, un peu œdémateux, avec une séborrhée modérée en lamelles grasses un peu jaunâtres. La chevelure, qui est noire et forte, a considérablement diminué. Les cheveux sont ternes et secs, ils se laissent arracher sans résistance, avec une racine effilée, sèche, morte, assez profondément enfoncée mais sans adhérence ; en quelque point de la tête qu'on saisisse une mèche de cheveux, elle s'arrache sans résistance et reste tout entière dans la main. Un petit nombre seulement de cheveux disséminés a conservé son adhérence et des racines normales. En examinant le cuir chevelu, on le voit en outre semé de cheveux cassés à 2 ou 3 millimètres de la surface, droits, assez profondément enfoncés mais sans aucune adhérence, comme plantés dans du beurre. Sur le côté droit du frontal est une plaque de 6 à 7 centimètres, arrondie, mal limitée et à peu près glabre; c'est une simple clairière présentant les mêmes altérations que partout ailleurs, mais avec une dépilation plus avancée.

En somme, toute la chevelure paraît avoir été frappée de mort subite et il est probable que tous les cheveux sont destinés à tomber prochainement.

Traitement. — Douches froides, glycérophosphate de soude ; lotion sur le cuir chevelu avec alcool, soufre, naphtol et résorcine.

Pendant les semaines qui suivent les cheveux continuent à tomber avec la même abondance, et la tête est presque glabre.

En avril, la chute des cheveux s'arrête; il persiste encore un petit nombre de cheveux qui résiste. On voit déjà repousser quelques cheveux et dans les mois suivants cette repousse s'accentue.

En novembre, la repousse de cheveux nouveaux est très abondante et leur croissance très rapide, quelques rares cheveux anciens ont survécu, ils sont disséminés un peu partout.

En mars 1901 la chevelure de Mme D... a complètement repoussé et les cheveux nouveaux ont environ 15 centimètres de long.

Depuis un mois est apparue au-dessus de l'oreille droite une petite plaque de 15 millimètres sur 10, rosée, tout à fait glabre, avec quelques cheveux cassés sur les bords. On y voit quelques cheveux de repousse encore très fins. L'état général est excellent, les troubles nerveux n'ont pas reparu.

Obs. II. — *Névropathie, épuisement nerveux, attaque d'hystérie, alopécie aiguë, plique.* — Mme C..., âgée de 30 ans environ, est une femme très intelligente, très affinée, un peu nerveuse mais sans manifestation bruyante. Depuis plusieurs années sa vie est empoisonnée par l'inconduite de son

mari qui est alcoolique; il a eu il y a quelques années une paraplégie alcoolique, depuis lors il est resté fort diminué intellectuellement; après une période d'abstinence il s'est remis à boire depuis deux ans et son caractère est devenu ombrageux et difficile.

Il y a deux mois, Mme C... a été prise brusquement d'une pelvi-péritonite aiguë suppurée qui s'est ouverte spontanément dans le rectum. Elle a été pendant une quinzaine de jours dans un état très grave et pendant ce temps n'a pris aucun soin de sa chevelure ; quand on a voulu la coiffer, on a trouvé tous ses cheveux feutrés en une masse dense et serrée. Avec beaucoup de temps et de patience on est arrivé à démêler ses cheveux, non sans en casser beaucoup ; ils étaient cependant solides et ne tombaient pas, mais ils sont restés plus secs et plus crépus qu'avant, tout en permettant à la malade de se coiffer comme d'habitude.

Il y a quinze jours, son petit garçon est rentré de pension fort en retard; elle a été prise en l'attendant d'une inquiétude extrême et d'une violente attaque de nerfs avec cris, convulsions et mouvements désordonnés; c'était la première fois qu'elle avait une attaque de nerfs.

Depuis une semaine le cuir chevelu est hyperesthésique et spontanément douloureux le soir, les cheveux ont de la tendance à s'enchevêtrer et ils tombent d'une façon profuse.

Mme C... est fort maigre, cependant depuis un mois elle a repris un peu d'embonpoint, elle mange et digère bien. Le cuir chevelu ne présente aucune altération notable, sauf un peu de desquamation pityriasique. Ses cheveux sont très clairsemés au sommet de la tête et aux tempes; ils se laissent arracher par pinceaux, leur racine est représentée par un bulbe plein et sec; cependant un certain nombre de cheveux arrachés à la pince ont une racine vivante et normale; la plupart d'entre eux ont une extrémité libre fendillée, mais il n'y a pas de nouures ou de fractures terminales trichorrhexiques. Pas de plaque alopécique définie.

Sur toute la partie antérieure du cuir chevelu, les cheveux sont ternes, très secs et rugueux au toucher, irrégulierement ondulés et crépus ; ils sont comme brûlés, dit la malade, et cette comparaison est très juste. Dans la partie frontale surtout ils sont emmêlés et enchevêtrés malgré tous les soins sans être positivement pliqués. Dans la partie postérieure du cuir chevelu les cheveux ont leur éclat et leur brillant normaux, ils sont onctueux lisses et à peine ondulés comme ils le sont habituellement chez la malade. Cela est surtout vrai pour leur partie basale et sur une longueur de 10 centimètres environ, car à leur extrémité ils sont ternes et crépus quoique à un moindre degré que dans la partie frontale. Cependant en arrière et à droite se trouve une mèche qui est très terne et rugueuse, emmêlée et franchement pliquée, formant un cordon feutré gros comme le doigt. A gauche se trouve une mèche symétrique offrant les mêmes caractères, mais moins accusés.

Il y a donc eu une première poussée de plique sous l'influence de la maladie et de la déchéance générale qui l'a accompagnée, préparée par les chagrins et aidée par le séjour au lit et par l'absence de soins pendant quinze jours. Puis à la suite d'une attaque hystérique est survenue une deuxième atteinte de plique, moins accusée parce que les soins de toilette quotidienne n'ont pas été interrompus, et accompagnée d'une chute profuse

des cheveux. On ne peut attribuer le feutrage des cheveux uniquement au frottement sur l'oreiller, puisque la région occipitale qui est presque seule exposée à cette influence est justement la plus épargnée.

Le traitement a consisté en glycérophosphate de chaux, une bonne alimentation et l'application d'une solution de résorcine faible.

Dans les semaines suivantes les cheveux ont achevé de tomber, de sorte qu'il n'est presque plus resté des cheveux anciens, mais en même temps de nouveaux cheveux ont repoussé en grand nombre.

Deux mois après, la repousse était générale et abondante.

Obs. III. — *Troubles nerveux; plique.* — Mme L..., âgée de 50 ans, a toujours été profondément névropathique, elle dort peu et mal; elle a fréquemment des crises de larmes; elle a eu de l'entérite pseudo-membraneuse et divers troubles digestifs d'origine névropathique; elle a toujours eu beaucoup de préoccupations, surtout depuis 4 ans; elle s'en forge quand elle n'en a pas de réelles; elle souffre d'une métrite ancienne aggravée depuis 2 ans par des fatigues physiques. Depuis longtemps, elle se teint les cheveux.

En juin 1900, elle remarque que ses cheveux sont devenus extrêmement gras et huileux; cet état n'est que passager, et au bout de peu de temps ils deviennent secs et cassants, et se rompent pour la plupart à 20 centimètres de longueur. Vers le mois d'août ils deviennent crépus comme les cheveux d'une négresse. Elle remarque que la moitié basale des cheveux est lisse, tandis que la moitié terminale est enchevêtrée et impossible à peigner. Cet état, qui était surtout marqué au sommet de la tête, est en voie d'amélioration, et l'on n'en voit plus que des traces. Enfin, il y a quelques semaines, elle a eu une poussée de dermite du cuir chevelu et des oreilles à la suite de l'usage d'une teinture dont elle n'avait pas l'habitude, et dont elle ne s'est servie que cette seule fois.

Le 27 septembre 1900, les cheveux sont secs, rudes au toucher, un peu crépus, ils s'emmêlent facilement de sorte qu'on en casse beaucoup en cherchant à les démêler; ils sont assez courts et ne dépassent pas 20 à 30 centimètres; ils sont tous cassés à l'extrémité, et un grand nombre présente, en outre, des fractures incomplètes, mais sans formation de nodosités trichorrhexiques. Le cuir chevelu est sain, sauf quelques traces de desquamation sèche.

Sur les lésions de la séborrhée et en particulier de la séborrhée sénile.

Par MM. Audry et Dalous.

Au cours des recherches faites pour contrôler la description des auteurs antécédents, et en particulier celle de Sabouraud, nous avons été amenés à considérer attentivement la question des graisses cutanées. La conclusion de cette étude fut que nous ne savoins presque rien de ces graisses, et de leur histo-chimie.

On admet que les graisses sont des éthers de la glycérine, et on en

connaît trois : oléine, stéarine, palmitine, la première et son acide seuls n'étant point saturés. En examinant les données fournies par les chimistes au sujet des sécrétions grasses, sébacées ou sudoripares, nous n'avons pas tardé a être frappés de l'insuffisance des renseignements qu'ils nous donnaient: d'abord, il y a une discordance extrême entre les analyses ; de plus, celles-ci sont faites habituellement sur des matières provenant de kystes sous-cutanés qui ne représentent pas du tout de la matière sébacée, puisque presque tous sont en réalité des kystes épidermiques ; c'est ainsi qu'on voit la palmitine seule mentionnée dans une analyse de Schmidt qui est reproduite par Hoppe Seyler. D'autre part, on signale de la lanoline qui n'est point une graisse, puisqu'elle est un éther de la cholestérine, etc.

En ce qui touche l'histo-chimie, la critique est encore plus décourageante. Toutes les recherches de Sabouraud sur la quantité de l'existence de la graisse reposent sur l'emploi de l'acide osmique. Or, il y a dix ans qu'Altmann a montré que l'oléine seule se colorait en noir, ce qui tient vraisemblablement à sa non-saturation.

Les résultats d'Altmann ont été confirmés par tous, et je les ai moi-même vérifiés au moins pour la stéarine. Inversement, il y a beaucoup de corps qui se colorent en noir par l'acide osmique et ne sont point des graisses. Ledermann l'a indiqué, Barlow, Dreysel l'ont montré pour certaines substances pigmentaires du tégument humain ; les botanistes savent qu'il noircit certains dérivés de tannin. J'ai vu que la lanoline pure noircissait absolument. D'après Ranvier, la cire d'abeille noircit aussi et la cire n'est pas une graisse.

Il existe un très grand nombre d'autres méthodes pour mettre les graisses en évidence. L'alkanine, le bleu de quinoléine on été recommandés, mais on n'en est pas encore sûr, surtout en histologie humaine et nous n'avons pas eu le temps de les étudier exactement.

Le réactif de Daddi, le Sudan III, fait naître de très belles espérances; mais c'est certainement à tort que Ledermann admet qu'il colore la palmitine et la stéarine. Handwerk, Rieder, Sata affirment qu'il ne colore que l'oléine ; nous-mêmes, nous sommes assurés que la stéarine lui échappe. D'autre part, on admet généralement qu'il ne colore pas d'autres substances que l'oléine : c'est une erreur ; nous avons vu qu'il colore très bien la lanoline pure.

La conclusion de ce qui précède et de toutes nos études, est que nous ne savons quelque chose qu'au sujet de la seule oléine ; que ce quelque chose est parfois incertain ; de plus, la technique de fixation, d'inclusion, de coupes des tissus où l'on veut bien voir les graisses, offre des difficultés extraordinaires ; tout cela montre que l'essentiel de la séborrhée, c'est-à-dire la teneur réelle en graisse de l'épiderme et de ses annexes, nous est à peu près inconnu. La seule

acquisition récente un peu importante est fournie par un travail de Ledermann, duquel il résulte que la sueur (pilocarpinique du chat) contient de l'oléine, conformément aux recherches antérieures de Unna.

D'une manière générale, on est autorisé à admettre l'exactitude de la description donnée par Sabouraud, à cela près que le rôle de son micro-bacille reste tout à fait hypothétique : l'hypertrophie des sébacées, la dilatation des voies d'excrétion de la graisse, la distension des infundibula par les produits de desquamation et de dégénération qui constituent le cocon, l'hypertrophie des sudoripares sur le cuir chevelu, sont autant de stigmates anatomiques significatifs de la séborrhée ; ils répondent d'ailleurs assez exactement à la plupart des accidents que l'on peut constater cliniquement : dilatation et déformation des orifices pilo-sébacés, existence du filament, etc., etc.

Nous avons l'intention d'insister ici seulement sur la séborrhée telle qu'on l'observe chez les gens âgés.

En premier lieu, et contrairement à ce qui a été dit, c'est chez les vieillards que la séborrhée est le mieux développée.

Elle y présente trois aspects :

1° Celui de la séborrhée vulgaire, celle que nous examinons plus souvent chez les adolescents et les jeunes gens parce qu'ils s'en plaignent ; elle ne diffère alors de la séborrhée juvénile que par le développement notable de la dilatation, le noircissement des orifices, la rareté des complications acnéiques et, même, du comédon vrai.

2° Un second type est caractérisé par l'existence de petites surfaces, à la fois lisses et comme chagrinées, à contours assez bien définis, légèrement surélevées par rapport au voisinage ; ces petites plaques sont semées d'une foule de points noirs très petits, secs, brillants qui forment comme une mosaïque plus ou moins serrée ; on ne parvient point à en extraire de filaments, ni de comédons. Il n'y a aucune trace d'inflammation.

Le léger épaississement épidermique qui répond à la surface atteinte peut s'augmenter, sans que pour cela la lésion devienne en rien croûteuse. Il arrive alors qu'on rencontre des aires plus ou moins papillomateuses, parfois franchement végétantes, mais sans ulcérations. Enfin, sur le même sujet, il existe des épithéliomas vulgaires, superficiels, érodés, plus ou moins multipliés, très voisins de ceux que nous signalerons tout à l'heure et qui rentrent, en somme, dans la grande classe des épithéliomas séniles vulgaires. Seulement, ici, l'origine séborrhéique est absolument indubitable.

En effet, le microscope nous montre que chaque point noir correspond à un petit cocon de structure semblable à celui que l'on observe en tout autre cas, avec ses strates périphériques, ses petits habi-

tacles microbiens centraux, etc. Mais on remarque que les cocons sont beaucoup plus superficiels, quelques-uns intra-épidermiques ; il est probable que, pour ces derniers, l'appareil pilo-sébacé a subi une atrophie partielle et que le cocon intra-épithélial n'est plus qu'un vestige ; à côté, du reste, se trouve la lésion habituelle de dilatation infundibulaire, mais avec un développement anormal de son segment intra-épithélial.

L'examen de l'épithélium révèle un état tout à fait inattendu ; tandis que l'épiderme du séborrhéique vulgaire, jeune ou adulte, est souvent, sinon toujours, mince, pauvre en papilles, maigre de développement, ici nous constatons un véritable début de papillomatose : élévation et intrication de papilles, végétation de l'épithélium en profondeur ; aucune trace d'inflammation au voisinage. Cet état végétant se traduit exactement à l'extérieur par l'aspect en plaque légèrement saillante.

Sur les malades où ce processus de végétation a pris un développement exagéré, où il existe de véritables surfaces verruqueuses, bourgeonnantes sans érosion, le microscope nous montre un épaississement énorme de l'épithélium tout à fait semblable à celui d'un épithélioma vulgaire. Sur les pièces que j'ai examinées, il n'y avait point de globes cornés, ni aucun signe d'envahissement des espaces conjonctifs, en sorte que, histologiquement, il s'agissait encore de papillomes vrais en imminence de transformation épithéliomateuse. Au sein de ce papillome, on voyait d'énormes cocons, avec la structure habituelle, microbes, etc. De telle sorte que la végétation épithéliale, l'acanthose, apparaissait nettement comme développée dans les bandes épidermiques des gaines qui avaient antérieurement circonscrit l'infundibulum pilo-sébacé dont le moule était conservé.

Enfin, il n'y avait point d'hyperkératose.

Or, la *troisième forme* est précisément caractérisée par la production de l'hyperkératose. Cette troisième forme répond purement et simplement à la crasse sénile, à l'acné sébacée concrète sénile, au kératome sénile, etc. Schuchardt a montré qu'il s'agissait là non d'une séborrhée, mais d'une acanthose tout à fait apte à aboutir à l'épithélioma. Unna a pleinement adopté et fait adopter cette opinion, qui est maintenant classique, et qu'on trouve par exemple formulée par Dubreuilh, par Darier, etc.

Je suis persuadé que c'est là une erreur. En réalité, c'est bien la séborrhée qui est à l'origine de ces lésions ; au reste, Dubreuilh, par exemple, indique très bien que les sébacées sont augmentées dans le kératome sénile au début.

Sur une plaque croûteuse excisée du front d'une vieille femme. portant en d'autres points de la face des épithéliomas typiques, on constate ce qui suit :

1° Augmentation certaine du nombre des sébacées par rapport à un tégument normal ; 2° augmentation notable du développement de plusieurs de ces glandes qui atteignent des dimensions et offrent un nombre de lobules tout à fait inaccoutumé pour la région où a été pratiquée l'excision ; 3° dilatation considérable de l'infundibulum qui est rempli de produits de desquamation, peut-être de sécrétion, de colonies microbiennes, etc., de telle sorte que l'aspect est absolument identique à celui d'un point de séborrhée à comédon.

Autour de la glande même il n'y a pas de signes appréciables d'inflammation. Il existe de grosses vésicules graisseuses.

Quant à l'épithélium de recouvrement, les coupes nous montrent qu'il est traversé par un nombre tout à fait anormal d'excréteurs pilo-sébacés plus petits, mais encore remplis de leurs cocons. Il est sensiblement épaissi, mais n'offre aucune trace d'un processus capable d'être interprété comme un début d'épithélioma : pas d'augmentation des papilles, etc. Il n'y a donc encore qu'une acanthose active à laquelle se superposent les produits d'une kératinisation énormément exagérée ; l'épaisseur de ces couches cornées accumulées en feuillets est 3 ou 4 fois supérieure à celle de tout l'épiderme ; elles sont traversées par le prolongement des excréteurs, de telle sorte que les cocons se poursuivent jusqu'à l'extérieur même des couches cornées, celles-ci n'oblitérant nullement les infundibula. Le cocon, soit dans l'infundibulium, soit à travers l'étui formé par l'hyperkératose, est extrêmement riche en oléine, autant du moins qu'on puisse s'en fier à l'acide osmique pour le révéler ; de telle sorte que toute cette croûte cornée paraît infiltrée de graisse.

Enfin, à une certaine distance de la glande même, il existe au-dessous de l'épithélium une infiltration inflammatoire très intense.

En résumé, il me semble dans ce cas que la vieille interprétation s'impose : d'abord séborrhée intense ; puis secondairement, acanthose et hyperkératose, ou, si l'on préfère, kératome, tout prêt à aboutir à une dégénération épithéliomateuse authentique. Ainsi, nous persistons à croire *qu'il y a bien une séborrhée sénile croûteuse et kératogène*, et *qu'elle est bien le processus initial déterminant ultérieurement l'apparition du kératome sénile et de son épithélioma.*

Dermatose prurigineuse consécutive à la castration ovarienne guérie par l'opothérapie.

Par M. Sottas.

Divers troubles de la santé, survenant à une époque plus ou moins éloignée de la castration chez la femme, ont été envisagés comme

une conséquence fâcheuse de cette opération et sont venus discréditer un peu le bénéfice qu'elle procure généralement.

Ces accidents, certains médecins en ont exagéré, jusqu'au roman, la fréquence et la gravité ; tandis que d'autres les contestaient et n'ont jamais voulu considérer leur apparition que comme une pure coïncidence.

La vérité, comme toujours, se tient entre ces opinions extrêmes : Des statistiques sérieuses, établies par les gynécologistes eux-mêmes, ont démontré qu'il existait incontestablement des accidents consécutifs, imputables à la castration féminine ; de nombreuses publications ont été faites sur ce sujet et, dans une thèse remarquable soutenue en 1899, à la Faculté de Lille, le Dr Léon Julien, s'appuyant sur les travaux de ses devanciers et sur une statistique personnelle, a mis les choses au point.

Au point de vue spécial qui nous concerne, j'ai recherché, dans cet ouvrage, si, parmi les troubles observés, il était fait mention de maladies cutanées ? On en a rencontré, bien que rarement.

Péan déclare *avoir vu plusieurs fois survenir, à la suite de la castration ovarienne ou utérine, des affections cutanées de quelque gravité ;* d'autres auteurs ont signalé des éruptions diverses sur la figure ou différentes parties du corps, entre autres : l'érythème, l'urticaire, l'eczéma vrai et l'eczéma séborrhéique, le zona, le purpura, les ecchymoses et, tout récemment encore, le 9 janvier dernier, M. Gaucher présentait, à notre Société, un cas de télangiectasies généralisées développées dans ces conditions.

Le fait que je vais vous communiquer offre ceci de particulier que la dermatose s'est manifestée deux ans après l'opération pratiquée sur une malade âgée de 56 ans, ayant depuis longtemps, par conséquent, dépassé l'époque normale de la ménopause et qui, d'après les idées courantes, semblait devoir être à l'abri de toute répercussion morbide.

Aussi bien, voici l'histoire de la malade :

Mme X..., âgée de 58 ans, mère de 7 enfants, tous vivants encore aujourd'hui, est d'une constitution robuste, un peu arthritique et névropathe.

Elle n'a jamais eu de maladies de peau. A la suite de son avant-dernière grossesse, il y a de cela 28 ans, elle a conservé des douleurs dans le côté gauche du ventre, et a eu de fréquentes métrorrhagies.

Il serait fastidieux de relater ici, par le menu, les accidents de ce genre qui l'ont tourmentée pendant une longue suite d'années, et j'ai hâte d'arriver au mois de novembre 1898, où je constatai, pour la première fois chez elle, l'apparition dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur ovarique naissante, dont l'évolution rapide détermina bientôt une telle gêne que la nécessité d'une intervention chirurgicale fut reconnue nécessaire.

M. le Dr Potherat pratiqua la laparotomie, le 4 décembre 1899.

L'ouverture du ventre révéla un kyste de l'ovaire gauche qui fut enlevé; l'utérus ayant paru sain, fut laissé en place; mais l'ovaire droit fut sacrifié aussi, son extirpation semblant ne pouvoir être, vu l'âge de la malade, qu'une précaution aussi inoffensive qu'avantageuse.

La plaie du ventre se ferma par première intention, et je n'ai à signaler, comme incident, que l'apparition d'un furoncle volumineux de l'aine gauche, pendant le court séjour de la malade au lit.

Mme X... put rentrer chez elle, le 31 décembre; à la fin de janvier, elle était rétablie et reprit sa vie habituelle.

Cependant elle conservait toujours sa douleur, dans le côté gauche du ventre et dans la cuisse, douleur revenant toujours la nuit, comme autrefois. A cela près sa santé était redevenue excellente, et aucun écoulement sanguin ou autre ne s'est manifesté depuis par les voies génitales.

Dans le cours de l'année 1901, deux furoncles très douloureux apparurent à quelques semaines d'intervalle, dans le conduit auditif externe, alternativement à droite et à gauche.

Au mois de novembre, la malade commence à ressentir, pendant 2 ou 3 heures, dans la première partie de la nuit, des douleurs dans les jambes accompagnées d'un sentiment très pénible de constriction, qui la privaient de sommeil.

Dans les premiers jours de janvier, ces douleurs cessèrent et furent remplacées, la nuit suivante, par une sensation de prurit, de brûlure et d'endolorissement dans les membres supérieurs, le haut de la poitrine et les épaules; en même temps, apparurent sur la face dorsale des mains des élevures rosées persistantes qui attirèrent l'attention de la malade.

Le 11 janvier, une circonstance accidentelle vint donner un coup de fouet à la maladie.

Mme X... venait, comme elle en a l'habitude, de faire une lotion de tête avec une solution faiblement alcoolisée; pour activer l'assèchement de ses cheveux, elle eut la malencontreuse idée de s'étendre tout de son long sur le parquet, et de placer sa tête au-dessus d'une bouche de calorifère dégageant un puissant courant d'air chaud.

Presque aussitôt elle fut prise de vertige, de bourdonnements d'oreille et perdit presque complètement connaissance; dès qu'on l'eut relevée, elle revint bien vite à elle; mais l'alerte avait été vive et l'émotion telle que l'affection cutanée, jusque-là supportable, prit une acuité fort pénible; la sensation de prurit et de brûlure devint presque incessante, avec plusieurs crises de renforcement dans les vingt-quatre heures, mais surtout vers minuit où elle était presque intolérable.

Je vis la malade pour la première fois, quelques jours après; je constatai sur le dos des mains et principalement à droite, un semis de papules, rosées, aplaties, polygonales, de dimensions variées, dont quelques-unes, manifestement ombiliquées, rappelaient le lichen ruber plan; en outre, sur l'avant-bras, la face externe du bras, les épaules, le devant de la poitrine et la partie postérieure du cou, on voyait une rougeur érythémateuse diffuse et inégalement répartie.

En certains points, sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, on sentait la peau épaissie, formant une légère élevure en plaques irrégulières

de la dimension d'une pièce de 50 centimes et à leur niveau la rougeur était plus marquée.

Des placards semblables, mais beaucoup plus larges, s'observaient encore à la face supérieure et externe du bras droit et le devant de la poitrine, avec les mêmes caractères.

Ces plaques, très douloureuses au toucher, sont le siège d'élancements spontanés très douloureux et rappellent de loin, par leur consistance, sinon par leur couleur, celles de l'érythème noueux.

Il n'y a pas de fièvre, mais de l'inappétence, un peu d'état saburral de la langue et de la constipation, l'urine ne contient ni albumine, ni sucre. La malade n'a pris aucun médicament, et ne se rappelle avoir mangé aucun aliment suspect.

Régime : laxatif, pommade à l'oxyde de zinc mentholée, valérianate d'ammoniaque le soir.

Ces moyens n'ayant guère produit d'effet, j'eus recours, les jours suivants, aux enveloppements humides, aux lotions chaudes légèrement phéniquées, au sulfate de quinine, au citrophène, sans résultat.

La colle de zinc sembla procurer quelque soulagement, dans la journée du moins ; mais les nuits étaient toujours atroces ; de minuit à six heures du matin, la malade se promenait dans sa chambre, jusqu'au moment où, épuisée de fatigue, elle se jetait sur son lit et goûtait deux ou trois heures d'un sommeil relatif.

Le 24 janvier, je conduisis la malade chez mon maître M. Brocq. L'état objectif n'avait pas changé, les papules et l'érythème étaient les mêmes, et se cantonnaient toujours aux points primitivement envahis, exactement limités aux régions que laisse à découvert un décolletage décent.

M. Brocq conseilla d'insister sur les préparations de valériane et de jusquiame, de faire prendre en outre à la malade deux douches chaudes prolongéees par jour, et prescrivit encore diverses pommades et moyens, tant internes qu'externes, à mettre en usage successivement, à mesure que ceux précédemment employés seraient disqualifiés.

Il ne me cacha pas que j'aurais fort à faire avec ma cliente, et que je n'étais pas au bout de mes peines. Je m'en étais déjà aperçu.

Pendant les jours qui suivirent, la malade se conforma assez docilement à l'ordonnance de M. Brocq. Mais la situation restait la même, malgré les douches et les diverses pommades prescrites. Elle les essaya toutes, même le naphtalan, et comme elle n'éprouvait pas un soulagement immédiat, elle réclamait toujours une médication nouvelle. Ses nuits étaient toujours atroces et sa surexcitation voisine de l'affolement.

Le 29 janvier, un petit furoncle commence à poindre derrière l'oreille droite, au point culminant de l'apophyse mastoïde (emplâtre rouge de Vidal).

L'impatience de la malade rend toute thérapeutique illusoire, et l'empêche de rien faire avec suite. Je conseille pourtant encore des onctions avec le liniment oléo-calcaire et les lotions chloralées au centième.

3 février. Les signes objectifs n'ont pas varié, cependant les papules de lichen ont beaucoup pâli, elles sont à peine visibles, mais encore perceptibles au toucher ; les autres symptômes persistent sans atténuation.

C'est alors qu'en présence de l'insuccès des médications jusqu'ici employées tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, je me demandai si l'ovariotomie antécédente ne devait pas être prise en considération, dans ce cas, comme facteur étiologique.

A tous risques, je prescrivis l'ovigénine, à dose correspondant à 1^{gr},60 d'ovaire frais de génisse, et la médication fut inaugurée le jour même.

5 février. Le furoncle de l'oreille, un peu oublié, révéla cette nuit son existence par des douleurs très vives. Ce matin, il revêt manifestement l'aspect anthracoïde et, dans la journée, il est incisé crucialement au thermo-cautère. Pansement humide, pulvérisations phéniquées, levure de bière, suspension des douches chaudes.

Le 6 février, je suis stupéfait d'apprendre que, depuis hier soir, il n'est plus question de démangeaison, ni de douleur à la peau, et que la malade a fait plusieurs sommes dans la nuit, réveillée seulement par les douleurs de l'anthrax. L'érythème cutané a à peu près disparu, les plaques infiltrées se perçoivent encore, mais ne sont plus, ou presque plus sensibles. L'ovigénine est continuée.

Dans les jours qui suivirent, l'anthrax, malgré le débridement opéré, poursuivit sa marche envahissante, en dépit de la levure de bière et des pulvérisations très bien administrées ; si bien que, le 11 février, je crus devoir appeler le Dr Potherat qui fit, aux ciseaux, trois larges débridements, et je suspendis l'emploi de la levure de bière, qui n'avait pas produit ici son bon effet habituel et commençait à fatiguer l'estomac.

Pendant huit jours encore, l'anthrax continue à s'étendre lentement, en arrière et en haut du côté du cuir chevelu ; enfin, vers le 19 février, son accroissement s'arrêta définitivement ; l'expulsion des tissus sphacélés se fit rapidement et, le 8 mars, la cicatrisation était déjà fort avancée.

La malade a achevé hier son flacon d'ovigénine. Depuis leur disparition les phénomènes cutanés n'ont jamais reparu. Il y a eu seulement, par moment, des élancements douloureux, tantôt dans le ventre, tantôt dans les avant-bras, tantôt à la nuque, mais de prurit ou d'éruption, point.

En résumé, voilà une malade qui n'avait jamais rien eu à la peau ; elle subit, à 56 ans, l'ovariectomie double ; deux ans plus tard, elle est atteinte, sans cause appréciable, d'une dermato-neurose violente, à localisation bizarre, réfractaire à toute thérapeutique.

J'essaie, à tout hasard, l'opothérapie ovarienne et, quarante-huit heures après, douleurs, prurit, éruption, tout disparaît.

Je ne puis me défendre de voir là l'effet direct de cette dernière médication, et d'attribuer à l'ovigénine cette guérison rapide.

Je sais bien qu'on pourra m'objecter que cet heureux résultat a suivi de près l'intervention par le thermo-cautère et que la douleur ressentie a pu avoir une action inhibitrice ?

Je sais bien, qu'en vertu d'un adage renommé, on pourra m'objecter encore que l'anthrax a opéré là une diversion métastatique ? ma conviction reste inébranlable !

Au surplus, Péan l'avait déjà écrit : *les cas de ce genre sont sujets*

à interprétation. Je livre, en terminant, celui-ci à votre appréciation, « *tradidit disputationibus eorum* ».

Kystes épidermiques du cuir chevelu.

Par M. W. Dubreuilh.

Il n'est pas de tumeurs plus banales que les loupes du cuir chevelu et de plus mal étudiées. Comme ce sont des tumeurs quelquefois assez volumineuses, les dermatologistes en ont abandonné le traitement aux chirurgiens et ceux-ci en ont fort négligé l'étude, parce que ces tumeurs sont bénignes, indolentes, faciles à dissimuler tant que leur volume est modéré, et que leur extirpation ne présente aucune difficulté intéressante. Aussi bien est-ce plutôt de leur nature que je veux parler que de leur traitement qui est des plus simples.

On les a très longtemps confondues avec les kystes sébacés des autres régions ; les mémoires de Franke d'une part et de Chiari de l'autre ont bien mis en évidence les différences fondamentales qui les séparent, mais ces travaux n'ont pas eu l'influence qu'ils méritaient et, dans les traités de chirurgie les plus récents, la distinction est à peine indiquée. Les différences profondes qui les séparent sont cependant évidentes si l'on se donne la peine d'y regarder de près.

Les loupes que Franke appelle épidermoïdes et que j'aime mieux appeler kystes épidermiques du cuir chevelu, sont une affection nettement héréditaire. Dans presque tous les cas les malades racontent que leur père ou leur mère en portaient également; on peut les suivre quelquefois dans trois ou quatre générations. Elles ont donc une origine congénitale — car on ne peut guère supposer la contagion, — mais elles n'apparaissent qu'à l'âge adulte.

A son début la loupe constitue un petit nodule dur, gros comme un grain de chènevis, ne faisant pas de saillie, mais perceptible à la palpation, roulant sous le doigt, parfaitement mobile sur le crâne et profondément logé sous le cuir chevelu qu'on peut mobiliser sur lui.

Quand la loupe est plus grosse et a le volume d'un pois à une noisette, elle forme une tumeur solide, dure, globuleuse ou un peu aplatie, mobile sur les plans profonds, soulevant un peu la peau qui ne présente pas d'altération et qui ne lui adhère que faiblement, car on peut la plisser un peu à sa surface. Les cheveux sont conservés, au moins en grande partie et l'on ne voit au sommet de la tumeur aucun orifice, aucun ombilic.

Les grosses loupes, qui varient du volume d'une noix à celui du poing, forment une tumeur saillante globuleuse, parfois un peu

rétrécie à sa base. Elle est mobile sur les plans profonds, adhérente à la peau qui est tendue, amincie, glabre ou laissant voir quelques follicules vides et quelques cheveux atrophiés. Sa consistance est molle et fluctuante et laisse deviner une membrane résistante, modérément tendue par le liquide qui la remplit.

Les loupes du cuir chevelu sont entourées de toutes parts d'une zone de tissu conjonctif, tant du côté qui regarde la peau, que de celui qui est dirigé vers le crâne. Quand on fait une injection de cocaïne dans la peau, au niveau du pôle superficiel, le liquide diffuse tout autour du kyste, et avec une seule piqûre on peut anesthésier tout le pourtour d'un kyste de volume moyen. Après l'incision de la peau on peut très facilement énucléer le kyste tout entier avec un instrument mousse ; dans les kystes un peu gros on trouve seulement quelques adhérences du pôle inférieur ; même dans les kystes les plus volumineux les adhérences du pôle supérieur avec la peau sont très lâches.

Un autre fait qui frappe au cours de l'opération, c'est que les kystes sont souvent groupés en amas de petites tumeurs tout à fait indépendantes les unes des autres. J'ai pu faire sortir cinq ou six kystes par l'incision faite pour un seul d'entr'eux. Quand une des tumeurs du groupe prend un plus grand développement que ses voisines, elle les refoule vers la surface ou vers la profondeur, et l'on peut trouver de petits kystes situés entre un gros kyste et le crâne, ce qui indique leur point de départ profond. Il faut toujours, après avoir extirpé un kyste d'un certain volume, explorer la plaie et ses environs pour voir s'il ne s'y trouve pas d'autres petites tumeurs masquées par la grosse et qui ont passé inaperçues antérieurement à l'opération.

Les tumeurs petites et moyennes sont solides ; à la coupe on trouve un bloc d'une substance résistante blanche et nacrée qui montre les traces d'une stratification concentrique et qui est formée de substance cornée. Dans les grosses tumeurs seulement, le contenu est constitué par un liquide souvent hématique contenant des grumeaux d'épiderme corné, des globules du sang plus ou moins altérés, des cristaux de cholestérine, mais pas de graisse. La paroi est formée d'une épaisse couche cornée irrégulière, hérissée de lambeaux d'épiderme kératinisé et quelquefois de véritables saillies papillaires.

A l'examen microscopique on voit que la membrane fibreuse, assez mince, est tapissée d'une couche épithéliale formée d'un petit nombre de rangées de cellules aplaties, petites, indistinctes, à noyau mince et aplati, mais se colorant énergiquement. Il n'y a pas de couche granuleuse, et cependant les noyaux se perdent graduellement dans la masse cornée qui, à peu de distance de la surface, n'en présente plus trace. On sait que lorsque la couche granuleuse manque

la couche cornée conserve généralement ses noyaux. S'il n'en est pas ainsi dans le cas actuel, c'est probablement que les noyaux perdent leur faculté de se colorer et disparaissent par nécrose et non par le processus normal de la kératinisation.

La couche cornée est toujours très épaisse, même dans les kystes à contenu liquide et elle fait corps avec le revêtement épithélial. On y trouve souvent des grains calcaires.

Dans quelques cas la paroi présente des saillies papillaires bien développées et contenant un vaisseau sanguin.

Ces kystes méritent donc à tous égards le nom de kystes épidermiques, exactement comme les kystes épidermiques traumatiques de la paume des mains avec lesquels ils présentent les plus frappantes analogies de structure. On y trouve de même une couche très mince de cellules épidermiques vivantes et un contenu solide, compact et formé uniquement de cellules cornées. Ce n'est que très tardivement, sous l'influence des traumatismes et des inflammations accidentelles, qu'il se fait au centre une accumulation de liquide plus ou moins hématique, mais ni graisseux ni purulent.

Comparons maintenant à ces loupes ou kystes épidermiques du cuir chevelu les kystes sébacés ou folliculaires qui peuvent siéger en n'importe quel point du tégument pourvu qu'il s'y trouve des follicules pileux.

Les kystes folliculaires sont dès le début adhérents à la peau dans laquelle ils sont complètement logés ; leur consistance est plus ou moins pâteuse, ils sont habituellement munis au pôle superficiel d'un orifice par où la pression peut faire sortir une masse blanchâtre et suifeuse. En grandissant ils se développent vers l'hypoderme et leur partie profonde est libre dans le tissu cellulaire sous-cutané, tandis que le pôle dirigé vers la surface reste intimement adhérent à la peau ; leur consistance reste pâteuse, ils ne sont fluctuants que s'ils viennent à suppurer ; ils conservent le plus souvent un orifice ouvert à l'extérieur, bouché par des masses cornées résistantes et qu'on peut mettre en évidence par la compression de la tumeur. Le contenu, mou, blanchâtre, ressemble à du fromage blanc, il a généralement une odeur butyrique fétide.

Ces kystes sont beaucoup plus difficiles à énucléer que les loupes, à cause de leur adhérence à la peau et à cause de la fragilité de leur paroi qui n'est pas soutenue par un contenu solide, ou du moins appuyée par une membrane cornée épaisse.

Le contenu des kystes est toujours plus ou moins chargé de graisse et sur les coupes microscopiques, la graisse ayant été dissoute par les réactifs qui nous ont servi à l'inclusion, on ne trouve plus que des débris cornés très minces, très clairsemés, légers, comme soufflés et flottants dans la cavité; ils ne forment pas de membrane

consistante. On y trouve habituellement des poils follets libres, quelquefois en grand nombre. Le revêtement épithélial est formé de cellules nucléées aplaties ou polyédriques suivant l'épaisseur de la paroi ; la couche granuleuse, réduite quelquefois à une seule rangée de cellules très minces, est à peu près constante; la couche cornée est réduite à quelques rares cellules cornées flottantes. Cette membrane épithéliale présente souvent des altérations très bizarres avec formation de cellules géantes, inclusions épithéliales, etc., que je n'ai encore rencontrées dans aucune des loupes du cuir chevelu que j'ai examinées. Ces altérations, qui ont été étudiées par Kœnig et par Audry, méritent de nouvelles recherches. Enfin, d'après Chiari, les coupes en série permettraient toujours de retrouver des traces du follicule pileux qui a donné naissance au kyste.

Les kystes sébacés débutent dans un follicule pileux au voisinage de l'abouchement de la glande sébacée; ils en reçoivent le produit de sécrétion, d'où leur contenu graisseux. Le fond du follicule persiste aussi fort longtemps et verse dans le kyste les poils follets qu'il continue à produire ; on ne trouve jamais de ces poils follets dans les kystes épidermiques. La persistance de l'orifice folliculaire permet l'infection du kyste, d'où la fétidité du contenu et la suppuration fréquente du kyste, tandis que les loupes n'ont pas d'odeur et ne suppurent pas, à moins d'ouverture traumatique.

Il résulte de cette étude, où j'ai surtout cherché à mettre en lumière les différences qui séparent les deux ordres de kystes, que les loupes sont des kystes épidermiques sans relations avec les follicules pilo-sébacés, d'origine congénitale et probablement dues à des germes aberrants, quoique la preuve en soit difficile à fournir ; elles se rapprochent beaucoup, au point de vue de la structure, des kystes épidermiques traumatiques. Au contraire, les kystes sébacés sont déve-veloppés dans des follicules pilo-sébacés dont la double fonction persiste longtemps et se rapprochent surtout des comédons dont ils ne sont guère qu'une exagération.

Sur une transformation plasmodiale subie par les cellules du revêtement épithélial des kystes épidermiques.

Par M. Ch. Audry.

J'ai déjà eu l'occasion d'étudier une altération extrêmement singulière subie par l'épithélium de revêtement de certains kystes sous-cutanés revêtus d'un épiderme corné. Ces faits, qui sont rares, ne doivent pas être confondus avec les cas, au contraire assez fréquents, où l'on découvre des cellules géantes autour du kyste. Ils avaient déjà été signalés par M. Konig, qui faisait naître ces éléments mul-

tinucléés d'éléments conjonctifs jeunes; moi-même, j'avais interprété la lésion comme le résultat d'une résorption angioplastique de l'épithélium attaqué par un processus angioformatif (1). J'ai rencontré par hasard une pièce récente qui me fournit l'occasion de revenir sur ce sujet; mes recherches sur les cellules géantes épithéliomateuses m'avaient amené à concevoir des doutes sur la légitimité de mon interprétation d'alors.

J'enlevai le kyste du front d'une paysanne de 22 ans, robuste et bien portante; il était situé au milieu de la moitié gauche; gros comme une cerise, rond et saillant; consistance pâteuse, épiderme intact. La femme disait que la petite tumeur remontait à une époque indéterminée, et qu'elle s'accroissait sensiblement depuis plusieurs mois, c'est-à-dire depuis qu'elle avait accouché et qu'elle avait commencé l'allaitement de son enfant. Il fut énucléé facilement et la petite plaie guérit en 7 jours avec un point de suture. Comme la tumeur ressemblait à toutes les productions de ce genre, je n'y attachais pas d'importance et je me contentai de la fixer par l'alcool à 90°. Mon chef de clinique, le Dr Dalous, eut l'obligeance d'en faire l'inclusion et les coupes : celles-ci, en série, furent colorées par le bleu polychrome et la safranine; et je vis que le revêtement de la face interne du kyste offrait une structure très comparable à celle de la tumeur que j'avais étudiée en 1895.

Sur un point nous retrouvons la paroi constituée dans son entier comme s'il s'agissait d'un kyste dermoïde ordinaire : par une bande d'épithélium cutané étendu, sans papilles, sur un derme fibreux. L'épithélium comprend une couche génératrice, cubique, plutôt que cylindrique, et un corps muqueux de Malpighi; les cellules malpighiennes sont généralement aplaties en losanges dirigés transversalement; on retrouve facilement les filaments unitifs; les noyaux sont assez pauvres en chromatine; le protoplasma est homogène. Les cellules s'aplatissent progressivement, mais conservent leur noyau jusqu'au moment où se produit brusquement la desquamation en longs feuillets qui tombent successivement dans la cavité kystique. J'ai dit que le derme sous-épithélial n'offrait aucun relèvement papillaire; par conséquent, point de vaisseaux; aucune glande, pas de poils; nulle trace d'un travail inflammatoire. Cette petite bande d'épithélium cutané se termine d'un côté par un brusque crochet rentrant dans le derme, et, de l'autre côté, par une sorte de moignon conique formé par les cellules malpighiennes ratatinées et entortillées sur elles-mêmes. Si l'on suit la série des coupes, il apparaît qu'en une

(1) Ch. Audry. Résorption angioplastique de l'épithélium cutané. *Annales de dermatologie et syph.*, 1895, p. 513. — Cellules géantes épithéliomateuses. *Annales de dermat.*, 1900, p. 1201. — Polier. *Thèses*, Toulouse, 1901.

certaine zone, les couches les plus superficielles s'étendent en s'effaçant progressivement au delà des limites de la couche génératrice sous-jacente, et arrivent à se mettre en contact avec les éléments cellulaires singuliers qui caractérisent la face interne de la plus grande partie du kyste.

Dans un certain nombre de points, le kyste est nu, c'est-à-dire qu'il est clos par des fibres conjonctives ondulées, plus ou moins rapprochées du type fibreux, qui se trouvent en contact immédiat avec les strates feuilletées de desquamation qui remplissent la cavité.

Ailleurs, ce tissu conjonctif présente des modifications : il est parcouru et comme pénétré par une quantité de petits vaisseaux dont l'aire béante est limitée par un endothélium ; à peu près à ce niveau, on distingue assez bien une sorte de bande formée par des cellules irrégulièrement alignées, et qui ne sont autre chose que des cellules plasmatiques (de Unna).

Au delà, c'est-à-dire en se rapprochant de la cavité du kyste, on trouve une bande de tissu conjonctif ondulé à fibres parallèles, beaucoup plus lâche que le derme décrit tout à l'heure. Toute cette bande est traversée et remaniée, soit par de petits vaisseaux très nombreux et consistant, comme les précédents, en une aire béante entourée d'un endothélium, soit par des cellules à types divers : lymphocytes et grands mononucléaires (?). Enfin, les cellules qui constituent réellement la face la plus interne sont des éléments de forme et de dimensions extraordinairement variées. Généralement, ce sont des cellules multinucléées, contenant de 2 à 30 noyaux. Beaucoup d'entre elles sont allongées, comme disposées en villosités unicellulaires et multinucléées qui pendent dans le kyste ; elles sont formées par un bloc de protoplasma homogène, ou sont dispersées au hasard avec un ou plusieurs noyaux fortement colorés en bloc par tous les réactifs. Aucun de ces noyaux ne nous a paru en division.

En quelques points, il apparaît que cette couche est formée par des cellules polygonales, semblables à des cellules cornées, desquamantes, plus ou moins étroitement juxtaposées. L'analogie est alors très grande avec certaines dispositions qu'on observe dans les épithéliomas malpighiens à cellules géantes.

On retrouve ces cellules polynucléées, ayant conservé tous leurs caractères, complètement libérées, en pleines couches feuilletées de desquamation, fort loin de la paroi du kyste.

Quelquefois, mais très rarement, on voit dans l'épaisseur même du derme fibreux des agglomérations de quatre ou cinq éléments à plusieurs noyaux, logées entre les fentes conjonctives.

Les rapports de cette couche de plasmode avec les vaisseaux sont toujours nets, et parfois très remarquables ; ces derniers viennent se

mettre en contact direct, immédiat, avec les cellules à noyaux multiples.

Il est très remarquable que les éléments lymphatiques, lymphocytes ou autres, font souvent défaut d'une manière absolue dans la couche de cellules géantes; ils arrivent à la base, mais ils n'y pénètrent pas, de telle sorte qu'il m'a paru impossible d'attribuer à un travail phagocytaire l'origine de ces plasmodes qui n'offrent d'ailleurs aucun des caractères habituels aux cellules géantes dites irritatives : forme plus ou moins régulière, noyaux marginaux, etc.

Si l'on écarte, et on le doit, cette origine, on n'a plus qu'à se demander si ces cellules géantes sont des symptômes d'origine dégénérative, c'est-à-dire succédant à la fusion, à la coalescence des cellules épidermiques — ou si elles sont d'origine vasculaire, si elles traduisent, comme je l'ai jadis supposé, une néoformation angioformative qui dévore le revêtement épithélial.

Le premier de ces deux processus est précisément celui qu'on observe dans les épithéliomas. Je serais actuellement porté à croire que c'est bien de lui qu'il s'agit ici ; en effet, j'ai signalé l'existence de ces plasmodes complètement desquamés, loin de leur origine, en pleines strates de desquamation. D'autre part, les rapports des vaisseaux sont parfois tellement étroits avec les cellules en question qu'ils introduisent un doute.

Actuellement, je pense que les deux processus : *réalisation de plasmodes de syncytiums multinucléés par coalescence des éléments épidermiques*, — et *végétations vasculaires* sont étroitement connexes. Je ne sais lequel représente le début de la lésion; en tout cas, *elle aboutit à la résorption totale de l'épithélium de revêtement;* ce qui achève de le prouver, c'est que là où l'on retrouve un revêtement épidermique complet, à peu près intact, il n'existe point de vaisseaux sous-épithéliaux.

On comprend maintenant comment, et pourquoi il se produit dans l'étendue de l'épiderme de ces sacs, des pertes de substance dont l'existence avait été signalée dès les travaux de Franke.

Au reste, la question est encore beaucoup plus complexe qu'on ne le suppose; car on ne doit pas admettre que l'invagination épidermique congénitale, origine du kyste, soit effectuée sous forme de sac complet. J'ai publié ailleurs (1) la description et la photographie d'un lambeau d'inclusion congénitale, véritable débris de Cohnheim. La face épithéliale du lambeau est en contact direct avec le tissu conjonctif où il est comme luxé. Si l'épiderme s'accroît et desquame comme normalement, les produits de la desquamation devront s'accumuler entre le tissu conjonctif et l'épiderme, et ils finiront par y

(1) Ch. Audry. *Journal des maladies cut. et syph.*, 1901.

constituer une véritable collection semblable à celle d'un kyste vulgaire, mais non enclose par l'épithélium. Il n'y a aucune raison pour que cet épiderme ne végète et ne desquame pas, puisque sa face profonde est papillaire, et semblable à un épithélium sain. Ainsi sera constitué le kyste à paroi interrompue.

M. DUBREUILH. — Il me paraît que nous ne nous entendons pas sur la définition des kystes épidermiques et des kystes sébacés. Je reconnais pour ma part deux types de kystes épidermiques : les kystes épidermiques de la paume de la main, dus à une inclusion épidermique traumatique ; les kystes épidermiques du cuir chevelu ou loupes, dus probablement à une inclusion épidermique embryonnaire ou à des germes aberrants de follicules pileux. Ces deux types offrent la plus grande analogie, au point de vue anatomo-histologique. Quant aux kystes sébacés ou plutôt folliculaires, contrairement à M. Audry, je les considère comme très communs. Ils se développent non dans la glande sébacée, mais dans le follicule à l'abouchement de la glande sébacée. Leur paroi est, il est vrai, formée habituellement par un véritable épiderme avec une couche génératrice et une couche granuleuse, aplaties et amincies, mais leur origine folliculaire est démontrée par la présence dans leur cavité de graisse versée par la glande sébacée et de poils follets fournis par le fond du follicule. Chaque poil arrivé au terme de son développement tombe dans la cavité du kyste et y reste ; dans la préparation que je vous montre provenant d'un kyste folliculaire ancien, il y a un anneau formé d'une centaine de poils follets tous enroulés dans le même sens.

En ce qui concerne les altérations singulières du revêtement des kystes décrites par M. Audry, je ne les ai observées que dans les kystes folliculaires, je ne les ai pas encore suffisamment étudiées pour avoir une opinion sur leur origine, mais j'ai remarqué que ces cellules multinucléées englobent fréquemment un corps étranger, tel qu'un poil follet ou un débris de tissu corné analogue à ceux qui remplissent la cavité du kyste. Je serais donc assez disposé à les considérer avec König comme des cellules géantes formées autour de corps étrangers.

Traitement du cancer par l'ignipuncture interstitielle profonde suivie d'application de solutions cuivriques ou eaux cuivriques naturelles.

Par M. MOREAU (de Toulouse).

Les trois méthodes thérapeutiques le plus souvent employées contre le cancer de la peau ou des muqueuses sont : le raclage, la cautérisation ignée et les caustiques.

Le *raclage*, vulgarisé surtout par E. Vidal, est un véritable traitement chirurgical. Pour réussir parfaitement avec cette méthode, il importe de racler à fond avec une curette tranchante et d'enlever tous les tissus friables, en ayant bien soin de dépasser de tous côtés

les limites de la lésion. Par ce procédé, il se produit toujours des hémorrhagies, qu'il est très facile d'arrêter avec de l'ouate hydrophile, mais qui effrayent beaucoup le patient. C'est pour ce motif qu'on ne peut l'employer la plupart du temps dans la clientèle.

Le procédé par les *caustiques* est très douloureux et très incertain.

Le plus recommandable, à mon avis, est la *cautérisation ignée.* Avec elle, point d'hémorrhagie ou hémorrhagie insignifiante; pas de douleur persistant après l'opération; moindre perte de substance, et, par suite, cicatrice moins apparente.

On se sert pour opérer, de l'anse fine du galvano-cautère, ou de la pointe la plus fine du thermo-cautère Paquelin.

Je préfère la pointe fine du thermo-cautère, à cause de son plus grand rayonnement qui permet d'atteindre tous les tissus morbides. J'emploie la méthode recommandée par mon savant maître E. Besnier, pour la cautérisation du lupus : l'ignipuncture interstitielle et fragmentée. Seulement, il faut pénétrer plus profondément et insister avec vigueur sur les bords où se trouve la zone d'extension de la lésion, de façon à former une couronne de tissu cicatriciel.

Deux jours après l'ignipuncture, je fais de grands lavages et des pansements avec des solutions cuivriques.

Du reste, je n'ai pas innové. Le cuivre est le médicament le plus anciennement employé, intus et extra, contre le cancer. Gerbier se servait du *verdet* dans le cancer du sein et de la matrice, et déclare avoir eu presque toujours des succès. Solier de Romillais a obtenu, à l'aide des préparations cuivriques, la guérison d'un cancer de la face et deux améliorations dans la même affection. Desbois (de Rochefort), Mittagmidi ont fait des essais semblables, le plus souvent heureux. Cayol, qui conseille de reprendre cette médication (*Clinique médicale*, suivie du *Traité des maladies cancéreuses*, Paris, 1833, p. 533), associait l'acétate de cuivre et la limaille de fer pris à l'intérieur, et, en même temps, employait le cuivre appliqué topiquement. Fonssagrives déclare que le cuivre engourdit la douleur dans le cancer ulcéré et diminue en même temps la suppuration. Et dans l'article Cuivre, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1885, il recommande contre cette terrible affection les *eaux cuivreuses naturelles.*

J'emploie le sulfate de cuivre ammoniacal, sel bien moins toxique que le sulfate de cuivre ordinaire, en solution à 10 pour 1000, en lavages et pansements. Depuis trois ans je fais faire des pulvérisations biquotidiennes prolongées avec l'eau cuivreuse naturelle de *Trébas*, du Tarn.

Déjà, en mars 1900, j'ai pu citer, dans les *Annales de la Policli-*

nique de Toulouse, quarante-deux guérisons persistant depuis trois années, avec ce traitement. Depuis cette époque, j'ai recueilli soixante-sept guérisons nouvelles, dont la plupart datent de plus d'une année.

Je crois être autorisé à dire que les solutions cuivriques et surtout les *eaux cuivreuses naturelles* sont un adjuvant précieux de la cautérisation ignée dans le traitement du cancer; qu'elles modifient les tissus bien plus énergiquement que l'aristol et le chlorate de potasse, et que leur application n'est pas douloureuse comme ce dernier médicament.

M. Gaucher. — Je partage tout à fait l'opinion de M. Moreau, relativement à l'efficacité de l'ignipuncture dans les épithéliomas, mais je voudrais savoir de M. Moreau, s'il attribue à l'eau cuivreuse une action curative sur l'épithélioma ou seulement une action cicatrisante.

M. Moreau. — L'eau cuivreuse paraît agir des deux façons.

M. Frèche. — Si la solution cuivreuse a une action directement curative sur l'épithélioma, cette action doit se manifester par de la nécrose du tissu néoplasique, nécrose moléculaire ou en masse, analogue à celle que produisent les préparations arsenicales.

Statistique peladique.

Par M. Hallopeau.

Je me suis engagé, lorsque j'ai pris part, dans la dernière séance, à la discussion du travail de M. Jacquet sur les pelades, à apporter de nouveaux documents statistiques susceptibles de constituer des arguments en faveur de la théorie parasitaire : je viens aujourd'hui tenir ma promesse. Parmi les questions controversées, il en est qui priment toutes les autres : les cas dans lesquels on dit avoir vu la pelade affecter successivement des personnes en contact les unes avec les autres, directement ou indirectement, sont-ils bien réels et, dans l'affirmative, doivent-ils être considérés comme des cas de transmission ou comme de simples coïncidences ?

Dans le but d'élucider ces questions, nous avons prié un certain nombre de nos confrères de vouloir bien nous faire savoir : 1° quelle proportion de cas de pelades par millier de malades ils avaient observée dans leur clientèle privée ; 2° dans quelle mesure ils avaient pu constater la contagiosité de cette maladie?

J'ai reçu 61 réponses écrites ou orales ; je demande à leurs auteurs la permission de les en remercier ici collectivement ; je dois cependant mentionner plus spécialement nos collègues Ehlers, Jadassohn, Perrin, Colcott Fox et H. Fournier, qui ont bien voulu

nous faire parvenir des notes circonstanciées d'un haut intérêt.

En ce qui concerne la contagion, 24, c'est-à-dire *plus du tiers* de nos correspondants, ont cité des cas dans lesquels la contagion a été probable ou indiquée : il s'est agi de cas survenant simultanément chez plusieurs personnes dans une même famille, un même atelier, une même école, un même bataillon.

Parmi les plus frappants, il faut mentionner ceux dans lesquels un échange de coiffures a coïncidé avec le développement de la maladie : c'est ainsi que notre collègue M. Danlos l'a vue survenir à un court intervalle, exactement dans la même partie du cuir chevelu, chez deux enfants dont l'un avait emprunté le béret d'un autre; qu'un client de M. Lereboullet et son fils ont l'un et l'autre contracté la pelade après s'être servis d'un casque commun; qu'Arnozan a vu cette maladie récidiver au bout d'un an *in eodem loco*, après le port d'un képi qui n'avait pas été désinfecté.

Les faits de cette nature sont plus saisissants lorsqu'un certain nombre d'individus sont atteints simultanément de ce même mal : il en a été ainsi de sept employés des postes travaillant dans un même bureau, d'après l'observation de Colcott Fox, et de dix clients d'un même coiffeur signalés par Jadassohn ; il faut y ajouter les cas multiples qui ont été observés simultanément dans nos services spéciaux. Je ne ferai que rappeler que, dans la salle de garde de Saint-Louis dont faisait partie notre affectionné collègue Rendu, lui-même et quatre de ses collègues ont été atteints simultanément de cette maladie ; qu'actuellement encore, dans notre service, un externe et un infirmier sont peladiques ; que moi-même n'ai pas été épargné ; ces faits ne font que s'ajouter aux nombreuses observations semblables qui ont été collectées par M. Besnier et par nous-mêmes dans nos rapports à l'Académie.

Nous devons y joindre les observations militaires : nous avons entendu M. Chauvel, M. Vaillard, M. Moty déclarer que les épidémies de pelades sont fréquentes dans l'armée. Nous n'ignorons pas que divers observateurs révoquent ces faits en doute : il s'agirait d'alopécies de toute nature, sauf de peladiques ; il faudrait repousser en bloc toutes les relations anciennes, pour s'en tenir aux faits nouveaux qui seront étudiés collectivement par des dermatologues compétents. Nous ne pouvons nous associer à cette proposition de table rase et nous croyons nous conformer aux exigences de l'investigation scientifique en considérant comme de bon aloi les observations anciennes qui, par leur ensemble, portent le cachet de la vérité ; il en est ainsi de celles que rapporte M. Bergasse et que nous devons à l'obligeance de M. Vaillard d'avoir pu étudier ; sa relation a trait aux faits qu'il a observés en 1894, à Valence, dans le premier escadron de hussards; il est entré à l'infirmerie 46 peladiques en avril 1893 et 20 autres dans

les trois mois qui ont suivi. M. Bergasse n'a pas compris dans ces chiffres les soldats atteints d'alopécies d'autre nature, telles que celles qui s'étaient développées à la suite de traumatismes ou de maladies de l'enfance, et il a également mis à part tous ceux chez lesquels la maladie n'était pas nettement caractérisée. Dans tous les cas qu'il a considérés comme de nature peladique, il s'agissait de plaques glabres, arrondies ou allongées, lisses, régulières, généralement multiples, parfois disposées avec une certaine symétrie; leurs dimensions variaient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 2 francs : à leur périphérie, les cheveux s'enlevaient aisément; la plupart des plaques occupaient la partie postérieure du crâne où la pression de la coiffure est au maximum : le maître d'armes et trois de ses élèves ont eu leur plaque dans la région située au-dessus de la nuque, exactement dans la partie où vient s'appliquer ce que l'on appelle le talon du masque; une chienne appartenant à l'un des sous-officiers de l'escadron a eu également de nombreuses plaques d'alopécie.

Nous devons à notre savant collègue Moty la relation d'une épidémie de pelade qui, de même, ne peut, à notre avis, laisser de place au doute; elle a eu lieu à Paris dans les années 1891, 1892 et 1893; dans cette période, 289 cas de cette maladie ont été soignés au Val-de-Grâce; le chiffre moyen des peladiques traités dans cet hôpital a été d'environ 40, alors qu'il est actuellement réduit à 4 ou 5. Cette épidémie a eu tendance à envahir de préférence certains corps : c'est ainsi que le nombre des sujets atteints a été minime dans les bataillons d'infanterie, bien que leur effectif fût de beaucoup le plus considérable.

Il y a eu des cas de contagion évidents : c'est ainsi que le 7e bataillon d'artillerie de forteresse a fourni, du 19 janvier au 4 mars 1891, 17 cas provenant presque tous d'un même casernement; on a noté également 3 cas sur 6 hommes d'une même chambrée dans un régiment d'infanterie; dans une autre chambrée de 4 hommes, tous furent atteints; on cite aussi le fait d'un officier qui devint peladique après son ordonnance.

S'est-il bien agi de pelades vraies et non d'alopécies d'une autre nature? M. Moty décrit, comme les formes les plus fréquentes, des cercles relativement petits, mais atteignant cependant au minimum les dimensions d'une pièce de 50 centimes, presque toujours multiples, complètement glabres avec dépigmentation, les unes un peu rouges, les autres sans rougeur et accompagnées d'un faible degré d'atrophie apparente ; la congestion temporaire d'une partie des plaques correspondait, d'après M. Moty, à la période d'activité infectieuse des foyers; il a vu assez souvent la repousse se faire sous forme de cheveux blancs ou pâles, remplacés bientôt par des che-

veux de teinte normale; on a observé maintes fois une hyperesthésie tactile; il y a eu fréquemment des récidives attribuées par l'auteur à des auto-inoculations; dans un seul cas, on a pu s'assurer qu'il s'agissait d'une simulation. La région de la nuque est celle qui a été le plus souvent affectée; c'est celle où la tonte est faite exclusivement avec la tondeuse. En dehors des pelades qu'il considère comme infectieuses, M. Moty admet l'existence de pelades trophonévrotiques et l'intervention dans beaucoup de cas d'un élément nerveux.

La description de notre savant collègue se rapporte à celle que nous observons tous les jours. Le seul fait que nous ne voyons pas à Saint-Louis, c'est la rougeur initiale de la plaque; mais M. Moty nous a assuré qu'elle était peu prononcée, qu'il fallait de l'attention pour la voir. Peut-être les médecins militaires sont-ils mieux placés que nous pour observer la maladie tout à fait à son début. En résumé, un grand nombre de soldats ont été atteints simultanément de plaques multiples d'alopécie, arrondies, complètement glabres, atteignant ou dépassant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, entourées de cheveux qui s'enlevaient facilement, s'accompagnant, dans une partie des cas, d'une légère atrophie cutanée, et se terminant par la repousse des cheveux qui maintes fois ont été d'abord décolorés. Nous ne voyons pas quelle autre hypothèse que celle d'une pelade, on pourrait formuler pour la grande majorité de ces nombreux faits d'alopécie : en effet, notre collègue a pris soin d'éliminer les alopécies traumatiques; les plaques ne présentaient, ni la croûtelle, ni la dépression centrale qui caractérisent les folliculites décalvantes; il ne s'agissait en toute évidence, ni de favus, ni de syphilides; l'auteur était en garde contre la simulation; il est d'ailleurs surprenant que l'attention du médecin n'était pas éveillée par le malade lui-même et que c'est en examinant le cuir chevelu lors des visites sanitaires que l'on découvrait les plaques. Cette relation n'est-elle pas démonstrative ?

Divers de nos correspondants ont vu d'autres cas où la transmission a été probable : le nombre des faits qu'ils ont signalés s'élève à 75, dont plusieurs collectifs.

Sur les 24 médecins qui nous les ont fait connaître, il en est 12 qui ne sont pas dermatologues et dont nécessairement, comme nous allons le voir, le champ d'observations à cet égard a été nécessairement des plus limités.

Je n'ai pas besoin de dire que nombre d'entre eux insistent sur la fréquence des faits négatifs, je veux parler des cas dans lesquels la transmission n'a pas eu lieu malgré des contacts intimes; il en est ainsi pour la pelade comme pour la lèpre et la tuberculose.

En toute évidence, les faits positifs l'emportent nécessairement en

pareille matière sur les négatifs, car il suffit d'un cas de transmission bien constaté pour juger la question; il semblerait qu'il n'y ait pas matière à discussion et que les nombreux cas que je viens de citer, ajoutés à ceux que M. Besnier et nous-même avons réunis antérieurement, devraient imposer une conclusion en faveur de la contagion.

Nous savons qu'il n'en est rien ; les objections opposées par les anti-contagionnistes peuvent être résumées ainsi qu'il suit : il s'agit dans ces cas de prétendue transmission, soit d'alopécies non peladiques, soit de simples coïncidences.

En ce qui concerne la compétence des observateurs, nous devons dire que, d'une part la notoriété publique, d'autre part les détails donnés sur la nature des altérations ne peuvent laisser de place au doute.

Restent les coïncidences; elles supposent nécessairement une maladie fréquente ; ce n'est pas, par exemple, le mycosis fongoïde non plus que la sclérodermie qui iraient se développer chez 4 soldats d'une même chambrée ni chez 7 employés d'un même bureau ; or la statistique dont nous avons coordonné ici les éléments montre que la pelade n'est pas une maladie fréquente.

Parmi les 61 réponses que nous avons reçues, 21 émanaient de confrères dermatologues. Nous n'avons pu tenir compte de leurs indications relativement au nombre de peladiques qu'ils ont observés, car nécessairement ces malades s'adressent à eux de préférence; nous devons cependant attirer l'attention sur les chiffres que nous a fournis notre éminent collègue le professeur Pospelow : dans sa clientèle privée aussi bien que dans sa policlinique, il n'observe en moyenne qu'un peladique sur 5 000 malades; nous reviendrons sur l'intérêt que présente cette si remarquable faiblesse numérique.

Tous nos correspondants non spécialisés comme dermatologues s'accordent à déclarer qu'ils n'observent que rarement la pelade dans leur clientèle privée ; parmi ceux qui donnent des chiffres, il en est cinq qui ont vu un peladique sur 200 malades, cinq autres donnent la proportion de 1 sur 1000, 1 sur 1500, 1 sur 2000, 1 sur 2500, 1 sur 10000 ; les données qui suivent, sans offrir un apport rigoureux à la statistique, plaident également en faveur de la rareté de la pelade; c'est ainsi que M. Duguet en voit environ 2 cas par an, M. Teissier, de Lyon, 3 par an, M. Rendu 4 par an; MM. Raffinesque et Maunoury en observent 1 par an.

Enfin, plusieurs confrères nous donnent le nombre qu'ils ont observé dans toute leur carrière médicale; il se réduit à 4 pour notre collègue M. Barrié, à 2 pour notre collègue Lancereaux et à une unité pour nos excellents maîtres Millard et Moissenet ; comment

considérer comme fréquente une maladie que des observateurs aussi attentifs, aussi éclairés, n'ont pu rencontrer qu'une fois dans leur grande clientèle?

La question n'est-elle pas jugée?

Il est un autre ordre de faits sur lequel nous croyons devoir attirer l'attention : c'est la rareté de la pelade dans certaines agglomérations : c'est ainsi que notre collègue Bucquoy n'en a vu que quelques cas depuis 25 ans chez les 500 élèves des séminaires Sulpiciens; que M. Stackler n'en a pas observé un seul cas dans une école de 700 enfants pendant 10 ans, dans une autre 600 pendant 5 ans; que M. Robert, dans un établissement contenant 650 pensionnaires, n'y a vu en 19 ans que 3 peladiques.

Est-ce là une maladie si fréquente que l'on ne puisse attacher de signification aux nombreux cas familiaux, scolaires, militaires et autres qui ont été observés concurremment?

Ajoutons un dernier argument en faveur de la nature parasitaire de la pelade; il nous est fourni par un des anticontagionnistes les plus éminents, M. le professeur Pospelow : nous avons vu que, d'après sa statistique, il n'y a à Moscou qu'un peladique sur 5000 sujets observés par lui, et il doit être très favorisé en qualité de dermatologue; il pense qu'il s'agit là d'alopécies trophonévrotiques; très vraisemblablement notre pelade n'existe pas à Moscou. Or cette absence au moins presque complète de cette maladie dans certains pays peut-elle s'expliquer autrement que par l'hypothèse qui en fait une infection?

Nous tirerons de l'ensemble des faits que nous venons d'exposer les conclusions suivantes :

1° *La pelade atteint fréquemment des sujets en contacts directs ou indirects les uns avec les autres;*

2° *La pelade est une maladie rare;*

3° *Le contraste entre ces deux propositions montre qu'il n'y a pas dans le premier cas coïncidence, mais bien relation de cause à effet;*

4° *La transmission suppose nécessairement le parasitisme;*

5° *La différence de fréquence de la pelade dans les diverses contrées ne peut s'expliquer que par cette même interprétation;*

6° *Les faits négatifs montrent que des contacts directs et intimes sont nécessaires pour que cette maladie se transmette.*

M. Dubreuilh. — J'ai admis autrefois la contagiosité de la pelade moins par conviction personnelle que par suggestion, car je n'ai jamais observé de faits démonstratifs de contagion. Aussi je ne me crois pas autorisé à faire renvoyer les peladiques des écoles.

On sait quelle est la fréquence des récidives de pelade; on peut même

dire qu'elle est de règle. Or, les récidives se produisent à longues échéances et de nombreuses fois ; elles sont séparées par des guérisons complètes, persistant plusieurs années. Je ne vois pas comment ces récidives espacées peuvent s'accorder avec la doctrine parasitaire.

Nous ne le contredirons pas en ce qui concerne les faits qu'il a observés, car il semble bien en résulter leur grande rareté.

M. Hallopeau. — J'opposerai à M. Dubreuilh une observation qu'il vient lui-même de me communiquer, où l'on voit trois cas de pelade apparaissant successivement dans la même famille.

M. Dubois-Havenith. — Nous jugeons tous en cette matière plutôt par des impressions que par des raisons positives. Pour ma part, je ne suis pas encore parvenu à me faire une opinion ferme. Sur plusieurs centaines de peladiques, je n'ai pas vu plus de 3 ou 4 fois deux cas de pelade dans la même famille. Et encore bien des cas de ce genre sont-ils passibles d'une tout autre interprétation. Par exemple, le fait suivant. Un homme est atteint, à 30 ans, d'une pelade qui n'a jamais guéri. Son fils est pris, à 30 ans, d'une pelade grave ; il se marie, et son fils âgé de 2 ans a, à son tour, une plaque de pelade.

Lichen et lichénifications.

Par MM. Gastou et Vieira.

Sans vouloir faire de travail complet sur un sujet aussi vaste, nous apportons à la Société le résultat de quelques examens histologiques pratiqués chez des malades atteints d'affections *lichéniennes* ou *lichénoïdes*. Nombreuses sont en effet les dermatoses qui plus ou moins voisines du lichen plan comme apparences, se rapprochent d'autres fois par leurs caractères desquamatifs des affections à allures séborrhéiques ou psoriasiformes.

Nos examens ont porté sur : 1° un lichen plan typique chez un adulte ; 2° un lichen plan chez une sénile ; 3° un lichen annulaire ; 4° un lichen psoriasiforme ; 5° un cas de lichénification.

La technique suivie a été :

A. — Fixation au Müller.

B. — Coloration.

1° Hématoxyline et éosine ;

2° Hématoxyline et van Gieson.

C'est-à-dire après action de l'hématoxyline, colorer avec :

Solution aqueuse concentrée d'acide picrique, 0,50^{cc}.

Solution aqueuse de rubine acide à 2 p. 100, 0,05^{cc}.

Par ce procédé la matière colloïde se colore en orange rougeâtre ; le tissu collagène en rouge éclatant ; les fibres élastiques et la

kératine en jaune ; les fibres musculaires en brun; les noyaux en violet.

3° Bleu polychrome de Unna. Coloration : 2 minutes.

Lavage à l'eau.

Action du glycerinethermischung, pendant quinze secondes.

Lavage à l'eau.

Alcool, xyol, baume.

Avant de décrire les altérations anatomiques que nous avons rencontrées dans nos cas, il nous a paru intéressant de donner ici la traduction du passage de Jarisch (1), dans lequel il décrit le lichen plan typique. Sa description se rapprochant dans la plupart des points de ce que nous avons constaté nous-même.

« *Lichen plan.* — Les premières altérations pathologiques du lichen plan se trouvent dans le corps papillaire, comme Weyl l'a prouvé le premier et comme le démontre l'étude de petits morceaux de peau, contenant de toutes petites papules de lichen, à peine perceptible. Ces altérations se traduisent par une dilatation des capillaires dans le réseau sous-papillaire (J. Neumann, Török, Lukasiewicz, etc.), ou dans les papilles (Biesiadecki, Weyl), et par une infiltration de nombreuses cellules rondes dans celles-ci. A mesure que les altérations augmentent et s'étendent en surface et en profondeur, il survient, comme Unna l'a si bien décrit et comme notre propre observation le confirme, une infiltration cuticulaire, constituée par des cellules rondes mononucléaires, pauvres en protoplasma, occupant à peu près 10-20 papilles, limitée à la région papillaire de la *cutis,* se détachant nettement du corium. Il se développe en outre un œdème du corps papillaire qui se traduit non seulement par la tuméfaction des papilles, mais aussi par une dilatation considérable des espaces lymphatiques.

En suivant immédiatement le développement de ces processus, il se produit des modifications du côté de l'épiderme. Celui-ci semble élargi, surtout en conséquence d'un œdème parenchymateux et interépineux, et aussi, quoique en moindre degré, en conséquence de la prolifération des cellules épineuses. Il se fait un épaississement de la *couche granuleuse* aux dépens des cellules épineuses, lequel, d'après mon observation, augmente vers le centre de la papule, et, comme le montre la figure , peut déplacer complètement la couche épineuse et atteindre la limite du corium et de l'épiderme. En même temps il se présente un élargissement de la couche cornée, la limite de kératinisation se déplace vers le bas. La couche cornée semble élargie dans toutes ses couches d'une façon relative, comme cela se

(1) JARISCH. Die Hautkrankeiten, in *Specielle Pathologie und Therapie,* Vienne, 1900, I Hälfte, p. 374 à 378.

montre normalement à la paume de la main et à la plante du pied, distinctement développée même aux endroits de la peau, qui auparavant étaient recouverts par une couche cornée, simple et étroite. En même temps que ces processus, il se produit un amincissement des cônes épidermiques et enfin la limite du corium et de l'épiderme se transforme en une ligne droite.

A cause du relâchement des liens entre l'épiderme et le derme, peut-être à cause du déplacement de leur surface limitrophe (Török) et non pas de la dégénérescence de la couche de Malpighi, comme le veut Joseph, il se produit une désagrégation de l'épiderme et il se forme une cavité qui a été décrite depuis longtemps par Robinson, Caspary, Török, Unna et d'autres. Dans ces derniers temps, cette cavité a été considérée par Joseph comme caractéristique du lichen. En tout cas elle explique la formation de la vésicule qu'on a observée occasionnellement dans le lichen plan. Mais on ne peut pas admettre, en se basant sur cette cavité, la formation de la dépression que Joseph considère comme un phénomène de régression et une conséquence de la résorption de la cavité, car on trouve des cavités tout à fait typiques avec des dépressions complètement formées et on a vu se développer des dépressions dans les premières phases de la papule du lichen. La disproportion entre les deux est aussi contre cette hypothèse. D'ailleurs beaucoup d'auteurs se sont occupés de la formation de cette dépression dont ils ont donné les interprétations les plus diverses. Il est hors de doute que la formation d'une dépression dans le centre des efflorescences, peut se produire de différentes façons. On doit admettre tout de suite que tantôt la desquamation d'un bouchon corné situé à l'ouverture d'une glande sudoripare (Crocker, Robinson), tantôt le conduit excréteur d'une glande sudoripare qui parcourt le milieu d'une papule, tantôt le follicule pileux fixe le centre de la papule et empêche son augmentation de volume, en donnant de cette façon occasion à la formation d'une dépression au centre d'une ou d'autre papule. Mais pour la dépression typique qu'on considère comme un phénomène essentiel du lichen plan, il doit y avoir un autre processus. Je crois, en partie d'accord avec Boeck, Török et Unna, qu'il faut rapporter la formation de la dépression aux processus qui se passent du côté de l'épiderme, lesquels produisent un épaississement des couches cornée et granuleuse, mais en même temps une réduction notable de la couche épineuse qui n'est pas compensée par l'élargissement de celles-là. Que l'enfoncement progressif du corps papillaire par la prolifération de l'épithélium soit une condition constante et essentielle pour la formation de la dépression, comme l'affirme Török, j'en doute fort d'après mes préparations. Je n'admets pas non plus l'opinion de Boeck qui croit que l'aplatissement des papules et

de l'épiderme, causé par l'exsudat, est pour quelque chose dans la formation de la dépression.

Aux modifications que je viens de décrire, s'ajoutent des altérations régressives, d'abord du côté de l'épiderme.

Par-ci, par-là, dans des endroits limités ou étendus, les cellules épineuses semblent gonflées, elles ont perdu leurs épines et leurs limites, sont devenues indistinctes, de sorte que leurs noyaux, au préalable encore bien conservés, semblent être enchâssés dans une masse assez homogène. En même temps la propriété basopnile des cellules change, elles deviennent acidophiles : elles prennent plutôt les couleurs acides. La dégénérescence colloïde de l'épithélium qui se présente dans ces altérations depuis leur commencement, atteint de très bonne heure et d'une façon très intense des cellules épineuses isolées, de sorte que celles-ci se transforment en des masses homogènes brillantes, isolées. Souvent il semble que le noyau des cellules est le seul atteint par la dégénérescence colloïde, le nucléole ayant été épargné. Le noyau se présente alors sous l'aspect d'une masse brillante, coloré par la *couleur acide*, pendant que le nucléole dans la coloration double se montre encore coloré par la couleur basique. Ces images particulières font rappeler celles qu'on a souvent trouvées dans les différentes anomalies de kératinisation et ont été prises par erreur comme des psorospermies.

Comme Biesiadecki l'avait déjà affirmé pour tous les vaisseaux papillaires et dans ces derniers temps Török et Unna l'ont fait remarquer, la partie papillaire du derme et les cellules d'infiltration subissent en partie la dégénérescence colloïde. On trouve, comme mes préparations le confirment, des masses de dégénérescence colloïde de différentes grandeurs, surtout dans les couches supérieures. Survient ensuite la résorption de l'infiltration ; au lieu de cellules on trouve des espaces lymphatiques dilatés, le tissu conjonctif subit une modification homogène, sclérosante et il se produit une infiltration pigmentaire. Quand l'hyperkératose rétrograde, il se présente l'état qui se caractérise cliniquement par une cicatrice (Unna).

Nous arrivons maintenant aux modifications, quoique développées différemment, que le lichen plan peut présenter dans les diverses formes. Dans le lichen annulaire qui atteint de préférence les parties génitales, on observe une prolifération notable des cellules épineuses correspondant au rebord saillant. Cette prolifération se fait sous la forme de massues larges et épaisses qui pénètrent profondément dans le corium, limitant nettement la région de la papule annulaire, pendant que les cônes épidermiques des parties internes, sans doute encore hypertrophiés, mais plus courts, semblent notablement plus amincis.

Dans les massues épaisses et dans les parties qui limitent celles-ci, se trouve au contraire, d'après Unna, la couche des cellules granuleuses, élargie, la couche cornée épaissie et ces deux modifications se continuent vers le centre déprimé de l'efflorescence.

Une infiltration plus ou moins abondante du corps papillaire environne les cônes épidermiques hypertrophiés, mais remplit aussi la région papillaire de la partie interne.

La forme verruqueuse se distingue, comme Unna et Joseph l'ont fait remarquer, par la prolifération de la couche de Malpighi et par l'hyperkératose. Celle-ci, à cause de l'élargissement de la couche cornée dans les cônes épidermiques très allongés et très élargis, forme des globes et perles épidermiques et dans les follicules, elle produit des bouchons cornés dont nous parlerons à propos du lichen acuminé. Dans des états plus avancés du lichen verruqueux, d'après les observations de Gebert et de Joseph, il se produit une involution de l'hyperkératose et de l'acanthose. L'épiderme, excepté quelques cônes épidermiques peu développés, peut présenter un aspect presque normal, pendant que la partie principale de la néoformation est constituée par l'infiltration localisée dans le corps papillaire et étendue sur les couches sous-papillaires. Dans celles-ci il s'effectue des processus de désorganisation et de néoformation de tissu conjonctif. »

Voici, rapprochées de la description précédente, les lésions histologiques que nous avons rencontrées et que nous mentionnons surtout en ce qui concerne les différences avec les lésions décrites par Jarisch.

LICHEN PLAN TYPIQUE. — Ch..., 45 ans, employé de bureau.

Début subit (en décembre), avec démangeaisons, à la suite d'émotions.

Pas de démangeaison à présent. Il y a 2 ans, a eu pleurésie, bronchite. Il a eu les fièvres étant soldat. A souvent des douleurs. Le foie n'est pas gros. Les réflexes sont exagérés. Ni sucre ni albumine. Densité 1026. Par litre : urée 32,025, chlorures 12, phosphates 2,64, pas de pigments.

Examen. — Épiderme :

1° *Couche cornée.* — Hyperkératose au niveau de la papule de lichen, formant une sorte de bouchon corné.

2° *Couche granuleuse.* — Cette couche se trouve épaissie de plusieurs assises de cellules granuleuses, au-dessous des points hyperkératosiques (papule).

3° *Corps muqueux.* — Hyperacanthose dans les parties qui correspondent aux papules. Les cellules qui se trouvent au-dessus de la couche basale ont l'espace clair, qui entoure habituellement le noyau, très prononcé.

4° *Couche basale.* — Elle n'existe plus dans les papules. Les cellules de Malpighi à ces endroits se présentent sous l'aspect de vésicules avec leurs noyaux rejetés à la périphérie. Il y a d'autres places où on trouve l'état spongoïde.

Papilles. — Desquamées et atrophiées par suite de l'infiltration cellulaire localisée) nettement par région et confondues en ces points avec la région sous-papillaire. Dans celle-ci, on trouve des globes colloïdes, isolés ou en amas. On trouve encore des cellules chargées de pigment brun, et des amas de pigment brun, isolés. Les vaisseaux se trouvent gorgés de globules rouges.

La région sous-papillaire est infiltrée par des cellules, à un seul noyau, pauvres en protoplasma, on y rencontre également des éosinoplules en groupes de 3 ou 4, situés dans le tissu interstitiel ou dans les vaisseaux.

Ces cellules ont des caractères qui les rapprochent beaucoup plus des cellules du sarcome ou du mycosis que des cellules d'infiltration inflammatoire.

Elles semblent dériver plutôt d'une modification des cellules conjonctives que constituées par des leucocytes.

Si l'on rapproche ce caractère de celui du tissu des papules qui par places rappelle le tissu réticulaire et muqueux, il semble que le lichen plan soit à ranger dans la catégorie des dermatoses résultant d'un trouble trophique ou nutritif du tissu vasculo-conjonctif et lymphoïde de la peau.

LICHEN SÉNILE. — Amélie F..., 75 ans, femme de ménage.

Éruption de lichen plan atypique, un peu par tout le corps, datant de 3 mois. On voit des papules en grande abondance aux avant-bras, aux jambes, aux cuisses. On a fait la biopsie à l'avant-bras droit, sur des papules moins polygonales, peu brillantes.

Examen. — *Épiderme :*

1° *Couche cornée.* — Hyperkératose. En quelques points on voit des bordures cornées, correspondant à des enfoncements de l'épiderme dans le derme (dépression des auteurs allemands?) et à l'élargissement du corps muqueux (hyperacanthose).

2° *Couche granuleuse.* — Elle se trouve élargie de plusieurs assises aux points où la couche de Malpighi présente de l'hyperacanthose.

3° *Corps muqueux.* — Il présente par places de l'hyperacanthose (papule). Les cellules de Malpighi présentent un cercle autour du noyau, quelques-unes sont très vacuolisées avec leur noyau rejeté vers la périphérie, d'autres enfin ont un gros noyau. Toutes ces altérations sont plus prononcées vers la limite entre la couche basale et le derme. On y voit des cellules en dégénérescence colloïde, révélée par la méthode de van Gieson.

4° *Couche basale.* — Elle n'existe plus dans les points correspondant aux élargissements du corps muqueux, aux papules de lichen. Dans les points voisins on la voit et elle semble normale.

Papilles. — Elles sont affaissées au niveau des plaques, c'est-à-dire aux points où se trouve l'enfoncement de l'épiderme et l'hyperacanthose du corps muqueux. Les papilles se sont confondues avec la région sous-papillaire. On y trouve une infiltration de cellules rondes, mononucléaires, avec peu de protoplasma. On y voit aussi une grande quantité de globes colloïdes (méthode de van Gieson), correspondant à la dégénérescence et des cellules épidermiques et des cellules rondes de l'infiltration. On voit encore parmi ces cellules rondes quelques mastzellen (méthode

du bleu polychrome de Unna), surtout abondantes à la périphérie des vaisseaux.

Les vaisseaux sanguins sont très abondants. Ils se trouvent dilatés, quelques-uns pleins de globules rouges. Leur endothélium est gonflé. Quelques vaisseaux semblent présenter une dégénérescence hyaline de leurs parois (?).

Le réseau des fibres élastiques manque au niveau de l'infiltration de cellules rondes, ou est à peine représenté par quelques fibres (coloration par la méthode de Weigert).

On note également de nombreuses cavités lacunaires situées à la limite des couches papillaires et sous-papillaires.

La structure histologique de ce lichen est analogue à celle du lichen plan typique. Ces différences tiennent surtout aux modifications produites par l'âge chez la malade. Modifications en rapport avec l'état d'atrophie cutanée révélé par l'amincissement de l'épiderme, la sclérose vasculaire avec dégénérescence de l'endothélium et les lésions du tissu cellulo-conjonctif.

LICHEN ANNULAIRE. — Victor G..., 46 ans, cuisinier. L'éruption a commencé au mois d'octobre de l'année dernière, à l'avant-bras droit. Les éléments se trouvent aujourd'hui très affaissés; ils sont localisés surtout aux avant-bras, aux cuisses, au tronc. Ils se dessinent parfois en cercle dont le milieu est déprimé, de couleur bistre. On a fait la biopsie sur un de ces éléments.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Épiderme :*

1° *Couche cornée.* — Hyperkératose, plus prononcée au centre de l'anneau (partie déprimée) qu'au rebord de l'anneau où le processus morbide est en voie de progression.

2° *Couche granuleuse.* — Elle se trouve épaissie par places, irrégulièrement.

3° *Corps muqueux.* — Très aminci, surtout vers le centre de l'anneau, le premier atteint. Les cellules épineuses sont œdématiées. Elles présentent l'altération cavitaire de Leloir; le cercle autour des noyaux est plus prononcé. Vers la couche basale elles sont très œdématiées et ne forment qu'une sorte de réticulum constitué par leurs membranes. Le corps cellulaire est vide ou rempli par des noyaux (de leucocytes ?). C'est cette lésion qui prédomine dans cette couche. Il y a donc un œdème parenchymateux, au contraire de ce qu'on observe dans la plaque de lichénification où on trouve de l'œdème intercellulaire dû à un état spongoïde des cellules malapighiennes au niveau des papilles.

4° *Couche basale.* — Cette couche n'existe plus au niveau du centre de l'anneau. Elle fait aussi défaut au rebord annulaire (comparer, pour se rendre compte, la partie de la peau encore saine). La limite entre l'épiderme et le derme n'est plus constituée par une ligne festonnée, mais par une ligne droite. Cette ligne droite est très accentuée dans les parties qui ont été les premières atteintes (centre de l'anneau). Au rebord de celui-ci on peut encore remarquer les vestiges des bourgeons épidermiques. On a l'impression que les cellules de la couche basale et celles des premières assises du corps muqueux se sont dissoutes, ne laissant que les membranes

cellulaires qui renferment des noyaux ou des globes de matière colloïde (cellules en dégénérescence colloïde).

Papilles. — Elles n'existent plus, étant confondues par le processus morbide avec la région sous-papillaire du derme. Celle-ci se présente œdématiée avec un aspect muqueux. On y voit des cellules fusiformes, étoilées et rondes. On trouve cet aspect vers le centre de l'anneau. On voit dans cette région des globes isolés ou en amas qui prennent la réaction de la substance colloïde par la méthode de van Gieson (coloration orange rougeâtre). Vers le rebord de l'anneau on trouve une forte infiltration de cellules rondes, à un seul noyau, avec un peu de protoplasma. On y trouve aussi des globes colloïdes, correspondant à la dégénérescence colloïde des cellules épidermiques. Quelques cellules d'infiltration présentent aussi cette dégénérescence.

On trouve des capillaires sanguins remplis de globules rouges; Quelques-uns de ces capillaires présentent leur endothélium gonflé.

La particularité saillante de ce cas est la transformation des papilles en véritable tissu muqueux, réticulé, spongieux, dans lequel existent les cellules d'apparence sarcomateuse dont nous avons déjà cité l'existence dans les cas précédents.

LICHEN PSORIASIFORME. — Mme G..., 45 ans, ménagère. La maladie a commencé au mois d'octobre. Localisation, avant-bras et jambe droits. Sur celle-ci l'aspect est psoriasiforme. On a fait la biopsie à la jambe sur un élément psoriasiforme. Rien à signaler dans l'état viscéral ou général.

EXAMEN. — *Épiderme.*

1° *Couche cornée.* — Hyperkératose.

2° *Couche granuleuse.* — Épaissie un peu par toute la coupe, plus prononcée au niveau des papules. On y trouve plusieurs assises de cellules granuleuses.

3° *Corps muqueux.* — La couche de Malpighi est infiltrée par des leucocytes. Il y a un peu d'œdème intercellulaire, surtout prononcé en certains points, vers le bas des papules. Les cellules se trouvent un peu écartées les unes des autres. Les noyaux des cellules sont entourés d'un espace clair. On trouve un point de la préparation où l'état spongoïde des cellules est très net.

4° *Couche basale.* — Elle n'existe plus dans les papules. Les cellules s'y trouvent en état spongoïde. Quelques-unes présentent des gros noyaux, d'autres sont en karyokinèse. La bordure qui limite l'épiderme du derme est toutefois plus nette que dans les autres cas que nous avons étudiés. On n'y trouve pas des cellules en dégénérescence colloïde.

Papilles. — Aux endroits des papules, les papilles sont peu marquées. L'épiderme présente pourtant un aspect légèrement festonné.

La région sous-papillaire est œdématiée, infiltrée en nappe par des cellules rondes, à un seul noyau, avec peu de protoplasma. Les capillaires sanguins, très abondants dans cette région et les vaisseaux lymphatiques (?) sont dilatés. Leurs parois sont épaisses, leur endothélium gonflé. On voit des cellules fusiformes gonflées.

Dans le derme les vaisseaux sanguins dont les parois sont épaisses se trouvent dilatés. Quelques-uns contiennent des globules rouges et des leucocytes polynucléaires.

Ce cas se différencie des précédents par une hypertrophie considérable de l'épiderme, par l'épanchement de la couche granuleuse, par l'état congestif des régions papillaires et sous-papillaires. Enfin par la présence de leucocytes abondants dans les vaisseaux.

Il ne s'agit plus ici d'un cas de lichen pur, mais d'une affection intermédiaire entre le lichen plan, les lichénifications et les séborrhées psoriasiformes.

LICHÉNIFICATION. — Joseph P..., 35 ans, boulanger. Plaque de lichénification ; peau très épaissie, pigmentée. Plaque de lichénification, datant de 2 ans, localisée à la jambe droite, un peu au-dessus de la cheville. Au commencement du mois de janvier, plaque de lichen plan aux avant-bras. On a fait la biopsie sur la plaque de lichénification de la jambe.

EXAMEN. — *Épiderme.* — 1° *Couche cornée.* Hyperkératose et parakératose : Les cellules se présentent tantôt sous l'aspect polyédrique avec vestiges de noyaux, tantôt sous la forme de vésicules sans noyaux. On y distingue encore nettement les filaments d'union.

Dans les points correspondant aux ouvertures des glandes sudoripares ou à l'implantation des poils les cellules forment des lames cornées imbriquées, de vrais bouchons cornés.

Dans d'autres points les cellules, très aplaties, ont un noyau ovalaire aplati, très coloré. Par-ci par là on voit de petits foyers avec des débris cellulaires (des leucocytes ou des débris de cellules malpighiennes), vestiges d'anciennes vésicules ou de pustulettes.

2° *Couche granuleuse.* — Cette couche se trouve un peu épaissie, surtout au-dessous des bouchons cornés de la couche cornée. Quelques noyaux de ces cellules présentent un état vésiculeux.

3° *Corps muqueux.* — Hyperacanthose : les bourgeons épidermiques sont élargis et allongés. On trouve dans cette couche des cellules qui présentent de la vésiculation du noyau.

D'autres cellules présentent l'altération cavitaire de Leloir.

D'autres cellules sont vésiculeuses et contiennent des leucocytes.

On trouve des cellules qui semblent être dégénérées.

Vers la couche basale, aux sommets des papilles, les cellules malpighiennes présentent de l'œdème intercellulaire ou un état spongoïde.

4° *Couche basale.* — Cette couche se trouve bien séparée du derme, surtout aux sommets des bourgeons épidermiques, par une bande de tissus conjonctif et élastique très épaissis. Aux sommets des papilles cette bande manque souvent, on y observe l'état spongoïde des cellules épidermiques.

Papilles. — Elles présentent l'aspect d'un réticulum à mailles très épaisses, constituées par les fentes lymphatiques dilatées (?). Les capillaires sanguins à parois épaissies, s'y trouvent dilatés. Les papilles semblent être assez œdématiées au-dessous des points où on trouve l'état spongoïde de l'épiderme, même quand celui-ci n'est pas très prononcé. La papule à ce niveau offre un aspect myxomateux. On observe dans quelques-unes une infiltration de cellules rondes à noyau rond et peu de protoplasma.

Région sous-papillaire et derme. — On trouve une forte infiltration des cellules rondes, à noyau rond et peu de protoplasma, semblables à celles dont on vient de parler.

Cette infiltration se dispose parfois sous la forme d'amas lenticulaires.

Les capillaires sanguins dont les parois sont épaissies ont leur endothélium gonflé.

Les fentes conjonctives sont dilatées et remplies de cellules rondes. Les fibres conjonctives et élastiques très épaissies et gonflées forment, comme dans les papilles, un réticulum.

Les lésions observées dans ce cas de lichénification se rapprochent par quelques-unes des altérations des papilles des lésions observées dans le lichen plan et le lichen psoriasiforme, mais ce qui domine ici c'est la multiplicité des lésions épidermiques et leur variabilité en rapport avec les altérations accentuées des couches papillaires et sous-papillaires.

On voit qu'il s'agit ici de réactions non seulement dégénératives, mais surtout de réactions inflammatoires ayant modifié le tissu cellulo-conjonctif en l'épaississant, en accentuant le tissu lymphoïde normal des papilles et sclérosant le tissu conjonctif et élastique qui forme des travées épaisses.

De l'ensemble des caractères histologiques résumés ci-dessus, il semble ressortir que le lichen plan résulte d'un trouble dégénératif d'ordre trophique ou nutritif, alors que la lichénification n'est que l'expression d'une réaction inflammatoire en rapport avec une irritation venue du dehors (lichénifications professionnelles des blanchisseuses, cimentiers, etc., etc.), ou par l'intermédiaire de la circulation générale (intoxications alimentaires, insuffisances hépatiques et rénales).

Le fait qui semblerait donner raison à l'origne trophique du lichen est que dans nos coupes nous avons rencontré en certains points des altérations très nettes des nerfs. Nous ne pouvons cependant l'affirmer jusqu'à ce que notre technique soit appropriée à une démonstration absolue.

Dans les lichénifications ce sont au contraire les altérations vasculaires qui prédominent et la présence de leucocytes est une preuve de l'infection.

Reste la question du lichen psoriasiforme au sujet duquel l'existence d'un état congestif intense des vaisseaux, l'épaississement de l'épiderme, les altérations des cellules des couches muqueuses, granuleuses et cornées, rapprochés des caractères de l'infiltration en nappes, qui n'est pas celle du lichen ni celle de la lichénification typique, tendent à faire classer à part ce type morbide.

Il nous a paru intéressant de faire part à la Société de cette étude anatomique qui, quoique incomplète, peut attirer l'attention sur des variétés d'affections licheniennes, lichénoïdes ou lichéniformes et aider à leur classification.

Cas de morphée.

Par MM. Brocq et Civatte.

Bien qu'il ne soit pas unique, il nous a paru intéressant de communiquer à la Société le fait suivant que nous venons d'observer.

La malade est une femme de 50 ans, grande et forte, intelligente, et dont le passé pathologique est assez chargé. Tous les médecins qui l'ont déjà vue l'ont considérée comme répondant au type si fréquent à l'heure actuelle de l'arthritisme nerveux.

Antécédents. — Elle a toujours été sujette aux migraines. En 1879, pendant sa première grossesse elle a eu de l'albuminurie dont elle a guéri après un accouchement prématuré. C'est à cette époque qu'elle a été soumise à un régime alimentaire des plus sévères, antiarthritique, et qu'elle n'a plus bu que de l'eau. Malgré ces précautions qu'elle a toujours continué à prendre de la manière la plus stricte, elle a eu dès 1886 des poussées d'urticaire. De tout temps elle a eu la peau sèche et n'a jamais pu transpirer. Depuis cette époque son système nerveux semble avoir été de plus en plus surexcité.

Son sommeil est devenu incomplet, nul par périodes, très coupé en tout temps. Les crises d'urticaire devinrent de plus en plus fortes jusqu'en 1894, époque à laquelle plusieurs saisons à Uriage semblèrent améliorer l'état général.

Entre temps, en 1890, la malade subit une dilatation du col utérin et un curetage. D'ailleurs ses règles se font très bien, sauf qu'elles surviennent tous les vingt jours, qu'elles sont très abondantes et durent 6 à 7 jours.

A plusieurs reprises elle a eu des accidents du côté du larynx, tels que aphonie presque complète, sans qu'on ait jamais pu découvrir la moindre lésion du côté de cet organe.

Comme elle avait une tendance marquée à engraisser, on lui fit prendre en 1898 de la thyroïdine, qui n'eut pour résultat que de lui donner d'effroyables douleurs névralgiques.

En avril 1899, elle eut une angine herpétique des plus violentes qui la laissa très fatiguée et déprimée, et pendant sa convalescence elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur au sein droit. On la lui enleva en mai. Quinze jours après cette opération, elle éprouva des douleurs dans le sein gauche, et un mois plus tard elle y vit apparaître une tumeur. On la traita par des applications de compresses d'eau de Salies, et elle disparut progressivement sans opération.

En décembre et janvier 1900-1901, elle fut prise de poussées d'eczéma aux yeux, aux paupières et à la face : des compresses d'eau bouillie et de l'axonge la guérirent. Ses urines étaient hyperacides, hypophosphatiques, un peu albumineuses.

Vers juillet 1901, la malade souffrit des reins, puis eut des pertes violentes. On lui fit faire une saison à Vittel, puis on lui fit faire du massage utérin et prendre des bains salés. La malade souffrait à cette époque de névralgies et de divers phénomènes d'ordre neuropathique, crampes, sensation de chaleur et de bouillonnements dans les membres, insomnie relative, etc....

La malade a eu, vers 1893, des éruptions pigmentées fixes d'antipyrine sur la main gauche et l'avant-bras gauche.

Elle ne peut pas préciser exactement l'époque de début de l'affection cutanée qu'elle présente en ce moment. En janvier 1901, elle la montra à son médecin, qui ne sut pas ce qu'étaient ces taches blanchâtres qui existaient alors aux aines; la masseuse de la malade, consultée, déclara qu'elle les avait déjà remarquées vers 1899, mais elle ne put préciser la date; en tout cas, elles avaient constamment augmenté depuis lors. Cette marche extensive de la maladie a toujours continué, mais elle s'est surtout développée depuis quelques mois, à la suite de grandes secousses morales.

Nous avons vu la malade pour la première fois à la fin de février 1902. L'aspect premier de ces lésions d'un blanc mat, à bords nettement arrêtés, donnait l'idée d'un vitiligo. Mais un examen rapide permettait de se rendre compte qu'il ne pouvait s'agir de cette affection : il y avait bien en effet autour de certaines plaques, aux aines en particulier, un liséré qui paraissait tout d'abord pigmenté ; mais ce liséré qui avait à peine quelques millimètres de large, ne pouvait être considéré comme une zone d'hyperchromie. Aussi était-on obligé de se convaincre que le diagnostic était en réalité beaucoup moins simple qu'il ne semblait l'être au premier abord.

La deuxième impression que l'on éprouvait était qu'il s'agissait de sclérodermies en plaques. Le liséré périphérique qui existait autour des plaques était en effet violacé par places, violet clair en d'autres, par places violet légèrement brunâtre, mais en somme il rappelait tout à fait d'une manière générale le lilac ring de la sclérodermie en plaques.

Malheureusement pour ce diagnostic, au niveau des plaques la peau était souple, mince, nullement épaissie ou infiltrée; par endroits même elle semblait être légèrement déprimée et atrophiée.

Voici d'ailleurs exactement quel était l'aspect des lésions :

Aux deux plis inguinaux, remontant très haut en avant et en dehors vers les épines iliaques antérieures et supérieures, descendant en bas sur la région supérieure et interne des cuisses, remontant un peu en haut sur la partie inférieure de l'abdomen, ayant en un mot tout à fait la localisation des poussées aiguës d'érythrasma ou des séborrhéïdes psoriasiformes eczématisées, se voient deux immenses plaques symétriques. Elles sont limitées d'une manière nette par un bord nullement saillant, nullement infiltré, mais d'une coloration d'un rouge rosé, un peu bistre, tranchant nettement sur la teinte de la peau saine en dehors, mais surtout en dedans sur la teinte de la plaque malade. La largeur de ce bord, quoique un peu variable, est en moyenne de trois à cinq millimètres. En le regardant de fort près, on peut y déceler de petites inégalités de teintes formant des sortes de stries, les unes plus claires, plus rosées, d'autres plus pigmentées. Par endroits il semble qu'on y voit superficiellement comme des petites facettes brillantes, mais ce n'est là qu'un aspect trompeur et on retrouve cette disposition de la manière la plus nette sur la peau saine de la malade chez laquelle les plis normaux de la peau sont fort accusés.

Le centre des plaques est d'un blanc mat, comme le vitiligo ; sur certaines d'entre elles, comme aux aines, la teinte est uniforme, ou presque uniforme, avec de légères stries un peu bleuâtres. Par places, surtout vers la bordure

externe, ces stries bleuâtres sont plus nombreuses et donnent un léger aspect d'irrégularité et même de gaufrage à la plaque. Mais en somme l'aspect est plutôt uniforme.

Au niveau de certaines d'entre elles, comme la plaque lombaire par exemple, la teinte est plus franchement bleutée. Cette coloration est encore plus accentuée aux plaques des plis des coudes ; elle y donne même à la peau une sorte de transparence tout à fait particulière. En ce point, sur le bras droit, tout à côté de la plaque principale, laquelle occupe toute la partie antérieure de l'articulation du coude, se voient deux petites plaques satellites, de la grosseur d'une toute petite lentille également d'un blanc bleuté, donnant tout d'abord l'aspect de deux papules atrophiques.

Vers l'épigastre, les plaques ont un aspect général d'atrophie des plus marqués. A leur niveau le derme est vraiment déprimé à la vue, la peau un peu amincie au toucher. En outre, en cette région la teinte des plaques est franchement rosée, et l'on voit des squames à leur surface. Mais cette particularité tient à une complication, ou pour mieux dire à une dermatose surajoutée. Il est facile en effet de se convaincre qu'en cette région est survenue en outre une éruption prurigineuse caractérisée par de la rougeur du derme et de la desquamation pityriasique, analogue, en un mot, à des séborrhéides pityriasiques.

Au niveau des plaques le derme est lisse, souple, nullement épaissi ; il paraît normal au toucher et au pincement ; cependant par endroits, il semble, comme nous l'avons signalé plus haut, qu'il est un peu déprimé et comme légèrement atrophié. Peut-être sur la grande plaque des lombes a-t-on au contraire, quand on la frôle légèrement avec la pulpe du doigt, une très minime sensation d'infiltration lardacée.

La sensibilité au tact et à la douleur est notablement augmentée au niveau des plaques, ainsi que l'ont prouvé les recherches précises du Dr Bisserié. La sensibilité est également un peu augmentée tout autour de la bordure visible des plaques : elle s'y atténue peu à peu, pour redevenir normale à 2 ou 3 centimètres de cette bordure.

La malade n'y signale aucune sensation anormale spontanée. Leur apparition n'a été ni précédée ni suivie d'aucun symptôme subjectif qui ait attiré son attention sur leur développement.

En voici la nomenclature à peu près complète ; nous disons à peu près complète, car l'examen de certaines parties du corps de la malade a été des plus difficiles.

Les deux aines et les parties voisines de la face interne des cuisses et de la paroi abdominale inférieure sont envahies par deux énormes plaques symétriques ayant à peu près, comme nous l'avons dit plus haut, les localisations des séborrhéides psoriasiformes eczématisées de cette région. Elles occupent tout le pli inguinal, débordent en haut de cinq centimètres sur la paroi abdominale ; en bas, elles empiètent de 10 centimètres sur la paroi interne des cuisses.

Sur la paroi abdominale on en trouve plusieurs autres disséminées de diverses grandeurs. Les deux plus remarquables sont situées à gauche. L'une d'elles, longitudinale, va obliquement du flanc gauche à la partie médiane, dirigée d'arrière en avant et de haut en bas ; elle a près de

20 centimètres de long sur 3 à 4 de large et figure une bande. L'autre occupe presque toutes les régions ombilicale et épigastrique inférieures gauches; elle déborde largement à droite la ligne médiane. Elle est irrégulièrement festonnée, offre les prolongements les plus bizarres et est évidemment constituée par la confluence de plaques primitives multiples voisines les unes des autres.

Au-dessus de cette plaque colossale, se voient vers l'épigastre de nombreuses petites plaques, les unes isolées, les autres confluentes, nettement déprimées au-dessous du niveau de la peau normale, et donnant à l'œil une sensation d'atrophie. La plupart d'entre elles sont rosées, légèrement squameuses (voir plus haut ce que nous avons dit à propos de cette particularité), et elles sont le siège de démangeaisons assez vives.

A la région lombaire inférieure, allant de la crête iliaque droite à la crête iliaque gauche et se prolongeant même de ce côté jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, passant à 4 centimètres environ au-dessus de la partie supérieure du pli interfessier, se voit une assez large plaque transversale formant bande presque horizontale, ayant environ 35 centimètres de long sur une largeur (ou hauteur) qui varie suivant les points de 6 à 10 centimètres. Les bords sont très irrégulièrement festonnés, mais des plus nettement arrêtés, et ont l'aspect du lilac ring. La plaque elle-même présente des zones variables d'un blanc assez mat, d'un blanc bleuâtre, d'un blanc un peu rosé.

Les deux plis des coudes sont pris symétriquement. Ils offrent tous les deux une plaque ovalaire à grand axe transversal, limitée par un beau lilac ring; le centre en est blanc bleuâtre, comme transparent; sur le bras droit il existe deux petits éléments bleuâtres punctiformes, de la dimension d'une petite lentille, isolés à côté de la plaque principale. La plaque du bras gauche a 8 centimètres de grand diamètre transversal sur 5 centimètres de petit diamètre vertical, celle du bras droit a 8 centimètres sur 6.

Il en existe une autre à l'aisselle gauche qui a 8 centimètres de diamètre dans le sens transversal sur 6 centimètres dans le sens vertical ; la peau est très amincie à son niveau, lisse, souple, sa teinte est légèrement rosée.

Voici le résumé de l'examen histologique de ces plaques, examen qui a été pratiqué par l'un de nous (Civatte), et qui fera l'objet d'un travail d'ensemble ultérieur :

Les pièces ont été prises sur les plaques de l'abdomen et du flanc gauche. Fixation par le sublimé acétique. Inclusion à la paraffine.

L'épiderme semble normal, sauf un point qui correspondait à une plaque de desquamation furfuracée, surajoutée à l'atrophie cutanée. Il existe en ce point un type de parakératose avec œdème intercellulaire, disparition incomplète du stratum granulosum et conservation par îlots des noyaux de la couche cornée.

Il existe dans le derme une infiltration périvasculaire intense, mais surtout une altération notable des fibres élastiques. Elles y sont rares et fines ; le chevelu du corps papillaire est moins fourni qu'à l'état normal; par places elles paraissent nettement diminuées de nombre et d'épaisseur.

En somme, on voit que nous avons affaire à une affection cutanée

à développement assez lent, quoique dans ces derniers mois elle ait pris une marche extensive relativement rapide, symétrique, d'une manière générale indolente, avec une légère exagération de la sensibilité au niveau des points atteints, essentiellement caractérisée par des plaques ovalaires, en bandes, assez irrégulières de contours, affectant avec une certaine prédilection les grands plis articulaires, d'un blanc mat ou d'un blanc un peu rosé ou bleuâtre, limitées par un bord rosé ou rose bistre assez net, analogue d'aspect au lilac ring, ne présentant pas la moindre infiltration des téguments, par places même nettement atrophiques. C'est donc une sclérodermie en plaques et en bandes symétrique sans sclérodermie.

Or, pour peu que l'on consulte les si nombreux auteurs qui ont déjà publié des observations de sclérodermies en plaques et d'atrophies circonscrites de la peau, on peut se convaincre que ce fait, des plus remarquables et presque unique par l'étendue et la symétrie des lésions, n'est cependant pas isolé.

Des observations analogues ont été publiées en Angleterre et en Amérique : citons pour préciser, celles de Radcliffe Crocker (sclérodermie mixte), de L. A. Duhring (morphée avec macules atrophiques), et surtout de R. W. Taylor (atrophie circonscrite idiopathique de la peau), etc.

En 1893, M. T. Corlett en a relaté un cas fort intéressant sous le nom de cas de sclérodermie circonscrite (morphée), et il a parlé des rapports qui existent entre la morphée et la sclérodermie en plaques. Cette question avait déjà été longuement discutée en Amérique par Duhring qui avait nettement différencié la morphée de la sclérodermie, et quand on relit la description de la morphée que cet auteur a donnée il y a plus de 20 ans, on retrouve la plupart des caractères présentés par notre malade. On sait que la théorie de la distinction de la morphée d'avec la sclérodermie en plaques a été soutenue en France, par E. Vidal et par son élève Pautry, que l'identification de ces deux affections a été, au contraire, proclamée par E. Besnier et par l'école actuelle de Saint-Louis. Toutes ces questions ont été reprises tout récemment par le Dr Méneau dans une bonne étude sur la sclérodermie parue dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* (mars 1898, p. 145) et surtout par M. le Dr Thibierge dans son excellent article ATROPHIES CUTANÉES, de la *Pratique dermatologique.*

Bien qu'il y ait toute une série de faits de passage des plus insensibles comme gamme entre les sclérodermies en plaques les plus infiltrées, les plus lardacées, les faits analogues à celui que nous publions, et les atrophies en plaques vraiment accentuées de la peau, il est permis de se demander si, pour la précision du tableau clinique, il ne serait pas bon de distinguer trois groupes de lésions,

entre lesquels d'ailleurs on connaît de nombreux faits de passage, sans compter les cas mixtes dans lesquels, chez un même sujet, il existe des altérations cutanées appartenant à chacun des trois groupes. On peut, en effet, observer des cas purs de chacun de ces groupes.

Premier groupe. — Les *sclérodermies en plaques* proprement dites, caractérisées par une infiltration considérable lardacée des téguments et une limitation un peu diffuse.

Deuxième groupe. — Les *morphées* caractérisées par une consistance pour ainsi dire normale des plaques atteintes, lesquelles ont une teinte d'un blanc mat, d'un blanc rosé ou bleuâtre, et qui sont nettement limitées par un lilac ring des plus accusés.

Troisième groupe. — Les *atrophies circonscrites de la peau proprement dites.*

M. Hallopeau. — J'ai vu quelques faits de ce genre que j'ai qualifiés d'atrophies cutanées trophonévrotiques.

M. Dubreuilh. — La morphée ne comprend pas toutes les sclérodermies en plaques. Le groupe des sclérodermies localisées est encore assez confus ; dans ce groupe on peut distinguer la morphée qui est un type assez bien défini.

M. Audry. — On peut voir successivement ou simultanément chez le même malade des formes différentes, avec ou sans induration. J'en citerai un cas qui a été vu par MM. Dubreuilh et Gaucher où certaines parties étaient infiltrées, d'autres simplement décolorées et atrophiques.

M. Gaucher. — Dans ce cas je crois me rappeler que, là où l'épaississement manquait, on trouvait au moins de l'induration.

M. Brocq. — Il y a des cas comme celui que je viens de rapporter où à aucun moment il n'y a eu ni épaississement ni induration. Ces cas méritent d'être distingués.

Aspect psoriasiforme des syphilides développées sur un psoriasique.

Par M. Ch. Audry.

M..., 38 ans, camionneur, buveur de vin, est un homme robuste, atteint depuis l'adolescence d'un psoriasis aussi vulgaire que possible et pour lequel il a déjà fait plusieurs séjours à la Clinique.

En janvier 1902, il se présente à la consultation et demande à entrer pour « blanchir » une éruption récente, très développée. A un coup d'œil superficiel, je constate une poussée de larges papules squameuses, anormales seulement par une teinte congestive intense. Le lendemain, à la visite, je constate que les éléments éruptifs récents sont infiltrés, bien limités, à bords nets, fortement colorés, très polymorphes, mais, au moins sur les flancs, rarement plus larges qu'une pièce de 50 centimes. Ils sont recou-

verts d'une squame adhérente, brillante, nacrée dont l'avulsion amène un suintement sanguin léger. Sur les cuisses, au-devant des genoux, placards vulgaires, également congestifs, mais sans saillie ni infiltration. Aux coudes, placards tout à fait ordinaires.

Enfin, en complétant l'examen, je constate une poussée violente de plaques muqueuses syphilitiques absolument typiques sur le prépuce, et aussi sur les amygdales, les piliers, les lèvres. En réalité, toute l'éruption en papules larges et squameuses qui s'est produite sur les flancs est constituée par des papules larges revêtues d'une squame tout à fait psoriasiforme.

Quand le malade partit, au bout de 12 jours, les plaques muqueuses du prépuce étaient presque guéries, l'éruption de l'abdomen et du thorax avait considérablement pâli et s'était en grande partie affaissée, mais les papules conservaient encore leur couvercle psoriasiforme très caractérisé.

Qu'il y ait des syphilides secondaires psoriasiformes en dehors de la paume des mains et de la plante des pieds, cela n'est pas douteux, mais d'ailleurs rare.

Dans le cas présent, l'apparence psoriasiforme était très accusée et universelle ; il paraît bien difficile de ne pas attribuer cette morphologie à l'état antérieur du malade, psoriasique invétéré. Il est, d'autre part, remarquable que des lésions assurément psoriasiques, antérieures à l'infection, n'avaient pas été modifiées sensiblement par la syphilis intercurrente.

Ainsi d'une part : psoriasis non modifié par la syphilis ; syphilide au contraire fortement modifiée par une véritable « psoriasisation » des papules.

D'un tel fait, on peut induire de nombreuses considérations, mais passablement inutiles. La conclusion la plus simple, est que cet épiderme réagit d'une manière uniforme, et singulière, à des irritations de nature variée ; par suite, on verra dans ce fait une nouvelle preuve à l'appui des notions qui montrent que l'hérédité, c'est-à-dire une malformation originelle, joue dans l'étiologie du psoriasis un rôle considérable, sinon prépondérant.

Quant au vieil axiome que « la syphilis éveille la dartre », il s'est trouvé en défaut une fois de plus ; et il ne représente probablement que le résultat d'erreur d'interprétation, ou, plus simplement, une inexactitude semblable à celles qu'engendrent habituellement les idées *a priori*.

M. Brocq. — Cette question est très importante et très intéressante. J'ai pu moi-même constater que chez les psoriasiques ou chez des individus à hérédité psoriasique, les syphilides avaient de la tendance à prendre un aspect psoriasiforme.

Hérédo-syphilis mutilante tardive de la face.

Par MM. Ch. Audry et Bauby.

La petite malade que voici est intéressante par son histoire autant que par son état actuel. La lésion dont elle nous montre le terme a été méconnue pendant un long temps, parce que sa physionomie était réellement bien différente de celle des accidents habituels de même nature.

M. L... est actuellement âgée de 15 ans; père mort cardiaque; mère vivante et en bonne santé. Pas de frères ni sœurs. Enfant, elle a marché tard, et avait, dit-elle, les jambes tordues.

Son histoire pathologique commence au mois de septembre 1900; à ce moment elle présente tous les signes d'adénites tuberculeuses cervicales développées dans le creux sous-claviculaire et sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche; bientôt, apparition de masses semblables au niveau de la joue du même côté. Elle fut traitée par M. le Dr Dupin qui fit des curettages, et, devant l'échec, administre un traitement mixte régulier, lequel reste alors sans effet.

Elle entra à la Clinique de dermatologie l'hiver suivant. Connaissant l'échec du traitement mixte, et considérant l'état des lésions, M. Audry porte de la manière la plus ferme le diagnostic d'adénites tuberculeuses cervicales et géniennes tuberculeuses suppurées, ayant amené secondairement des ulcérations considérables.

En outre des foyers cervicaux, au nombre de trois, et qui semblaient typiques, il existait en travers de la joue gauche une large et profonde perte de substance commençant à 1 millimètre de la commissure gauche, et s'allongeant de 7 millimètres en arrière. Bords taillés à pic; fonds gris jaunâtre, semés de masses fongueuses. La lèvre était encore intacte. Traitement : anesthésie, curettages, résection et suture des bords de l'ulcération. La malade, très indocile, subit quatre opérations en 6 mois. Après ce temps, les lésions cervicales étaient guéries ; les trois quarts externes de l'ulcération se trouvaient cicatrisés ; mais l'ulcération avait gagné notablement en dedans. Elle avait gagné le sillon naso-labial, séparant le nez de la lèvre et s'accompagnant d'infiltration de la fosse canine. Cette persistance parut singulière. Malgré des recherches répétées et soigneuses, on ne trouvait nulles traces d'actinomycètes; une fois, des masses profondes, d'aspect nécrosé, avaient paru formées par un feutrage de leptothrix semblable à ceux que l'on rencontre souvent si l'on examine des débris nécrosés en communication avec la bouche. On découvrit alors, au fond du foyer, la racine dénudée de la canine supérieure gauche qui fut enlevée.

L'examen microscopique avait été fait des bords de l'ulcère excisés lors de la première intervention. Sur les coupes, on n'avait découvert aucune trace d'une tuberculose certaine, mais seulement une infiltration diffuse ayant son maximum d'intensité dans la profondeur. Nulle part, nous n'avons trouvé de stigmates nets de tuberculose. Une seule cellule géante, douteuse. Rien de spécifique anatomiquement.

A ce moment-là, la malade quitta le service ; la lèvre existait encore ; mais depuis peu, une perte de substance minime avait perforé la muqueuse buccale. Elle fit alors un séjour à l'hospice de Luchon. A ce moment, la moitié gauche de la lèvre supérieure se détacha, et la sous-cloison, puis la cloison furent entamées par l'ulcération.

En juillet 1901, elle fut soignée par M. le Dr Cestan, qui remplaçait M. Chalot à la clinique chirurgicale ; des pansements soignés semblèrent enrayer le mal, sans toutefois l'arrêter complètement. A partir du mois de novembre de la même année, elle fut traitée dans le service de M. Bauby ; les pansements amenèrent l'arrêt de l'érosion de la cloison, la cicatrisation de la moitié gauche, l'épidermisation d'une partie du rebord gingival mis à nu par la chute de la lèvre. Cependant le processus continuait à se manifester sur la moitié droite de la lèvre ulcérée et tuméfiée. En même temps, la malade présenta les signes d'une scoliose qui nécessita un corset de Sayre. M. Audry retrouva la malade dans le service de M. le Dr Bauby au commencement du présent mois. Il ne l'avait pas vue depuis son départ de mon service ; il fut tellement frappé de l'aspect qu'elle présentait et qu'elle présente encore qu'il n'hésita pas à diagnostiquer une lésion syphilitique, très probablement héréditaire tardive. On donna de l'iodure à hautes doses et en l'espace de peu de jours, une amélioration extraordinaire fut accusée.

Actuellement, outre les cicatrices sus-claviculaires, cervicales et géniennes, nous voyons que la lèvre supérieure est détruite totalement dans sa moitié gauche, à moitié dans sa partie droite. La sous-cloison et la cloison sont échancrées fortement sur une hauteur de 3 centimètres, et en arrière. La gencive est découverte complètement ; elle est revêtue d'un épiderme corné d'aspect normal qui se continue avec celui des joues, à gauche depuis longtemps, à droite, depuis que l'administration de l'iodure de potassium a arrêté net l'évolution de la maladie.

La dentition est normale et belle. Les maxillaires, le palais ne sont pas déformés. La malade est petite, manifestement frappée d'un degré modéré d'infantilisme ; elle paraît avoir une douzaine d'années, si l'on songe à la précocité habituelle du développement normal des filles de ce pays ; elle ne présente pas d'anomalie intellectuelle.

Il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance qu'elle offre actuellement avec cette photographie d'un autre malade de la clinique de M. le Pr Audry, dont M. Billard a jadis publié l'observation. Il y a dans le livre de Jullien le dessin d'un malade de Pellizzari qui s'en rapproche singulièrement. En effet, les cas de ce genre, rares toutefois, sont bien connus. Virchow a signalé le retentissement ganglionnaire chez des sujets analogues. Mais il paraît que, au début, la confusion avec une ulcération d'origine ganglionnaire ait été presque inévitable, étant donnée l'impuissance du traitement spécifique; il reste à se demander si, à ce moment, ce traitement a été bien exécuté.

Maintenant s'agit-il de syphilis héréditaire, ou de syphilis acquise pendant l'enfance ? Tout porte à croire à une hérédo-syphilis, prin-

cipalement l'étendue, l'aspect et la marche de ces formidables lésions; sans doute la vérole acquise est capable de dégâts énormes, mais elle procède autrement d'habitude, et nous pensons que nous ne rencontrerons pas d'opposition en ce qui touche la détermination que nous avons adoptée.

Érythème tuberculiniforme chez une lupique traitée par la photothérapie.

Par M. Ch. Audry.

Thérèse T..., 28 ans, d'origine espagnole, a perdu son père et sa mère; un frère bien portant. Il est très difficile d'obtenir des renseignements précis sur sa maladie. Il paraît seulement qu'elle n'a pas été malade pendant son enfance, et qu'elle a été réglée vers 15 ans. Les accidents actuels semblent remonter à plusieurs années. La malade a été traitée, mais nous ne pouvons pas savoir exactement comment.

Elle entre à la Clinique le 17 août 1901. A ce moment, tuméfaction notable de la face portant sur le nez, les joues, le menton. Rougeur intense, œdème diffus et résistant, le tout semé de croûtes, de pustules, d'érosions superficielles et de petits nodules papuleux rouges, très superficiels. Les ailes du nez ont disparu; les narines sont béantes; ectropion des deux paupières inférieures. Lupus vulgaire de la gencive qui revêt la partie antérieure de la mâchoire supérieure.

L'examen histologique d'un des nodules montre des lésions parfaitement typiques du lupus vulgaire. Sur les joues, cicatrices linéaires irrégulières peut-être d'origine traumatique, peut-être thérapeutique.

Sur les jambes, en arrière, au niveau de la partie supérieure des mollets, surfaces cicatricielles qui auraient suinté autrefois et qui représentent le résultat d'érosions très anciennes, guéries depuis assez longtemps. Malade robuste, mais peu intelligente.

Traitement : décapage, nettoyage, qui finit par faire disparaître une partie des croûtes et de la suppuration. En octobre, une injection de calomel amène une amélioration évidente; on n'en fait pas d'autres, parce qu'on commence un traitement photothérapique confié à M. le Dr Marie qui utilise un appareil voisin de celui de Lortet et Genoud.

Le traitement n'a pas été fait très régulièrement, parce que l'installation électrique et la technique de la photothérapie étaient encore un peu flottantes. La malade a pu faire une trentaine de séances de 10 à 25 minutes. Les applications étaient assez douloureuses, et déterminaient l'apparition d'aires circulaires, congestives et parfois suintantes.

Après ce temps, il semblait qu'une certaine amélioration s'est produite, encore qu'incomplète. A plusieurs reprises, la malade avait présenté des poussées de rougeur légère étendues à toute la face, s'accompagnant d'un certain degré d'anorexie, de torpeur, sans fièvre d'ailleurs. Mais nous n'y avions pas accordé grande attention, quand éclatèrent subitement les accidents dont voici la description.

Il faut dire que depuis peu, M. le Dr Marie utilise un nouvel appareil ; celui-ci avait été employé une seule fois, sur cette malade et sur une autre, chez laquelle il n'a produit aucun accident spécial.

Le 17 mars, lendemain d'une application photothérapique, sans autre cause apparente, la malade parut complètement abrutie, somnolente, refusant de manger, de parler ; pas de fièvre ; ni hyperthermie, ni accélération du pouls. Aucun symptôme viscéral. Au niveau de l'application, surface suintante, circulaire. Toute la face est rouge, un peu tuméfiée, absolument comme si l'on se trouvait en présence d'une poussée érysipélateuse.

Le 18, rougeur et gonflement du front: l'état général reste le même. Apyrexie.

Le 20. La rougeur de la face a presque disparu ; la malade sort de sa torpeur, recommence à manger. En la découvrant, on constate l'existence sur la face antéro-interne de la cuisse gauche, d'une vaste surface d'un rouge violacé, œdémateuse, recouverte de petites croûtes sèches et noirâtres. Sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, surface d'un rouge vif, œdémateuse, exactement comparable à une brûlure récente par l'eau bouillante. La malade dit que la lésion de la cuisse date de deux jours, qu'elle a commencé comme celle de l'avant-bras, que celle-ci est apparue pendant la nuit; elle accuse des douleurs dans la partie gauche de la paroi abdominale et dans le dos.

Le 22. L'érythème de l'avant-bras gauche est devenu presque semblable à celui de la cuisse. Sur la moitié gauche de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, placard érythémateux et œdémateux, d'un rouge vif, recouvert d'un épiderme soulevé, comme une brûlure.

Le 24. Le placard abdominal est violacé, infiltré, recouvert de croûtes minces et clairsemées ; pas de douleurs. La cuisse et l'avant-bras n'offrent pas de changement ; la face est en bon état.

Le 26. Dans le dos, entre les omoplates, placard semblable aux précédents ; depuis hier, lésions analogues, un peu moins prononcées sur la face antérieure et supérieure du thorax. L'apparition de toutes ces lésions a manifestement été annoncée par les douleurs. Jamais de prurit. Au voisinage des surfaces malades, sortes de traînées érythémateuses, squameuses, en coup de griffe.

Le tégument est très légèrement dermographique. La face est revenue à l'état antérieur; l'état général est bon. On a refait une nouvelle application photothérapique.

Elle n'a pas provoqué de nouvelles poussées.

A la date du 1er avril, on constate facilement les traces des lésions dont je viens de parler; les plus récentes, les plus légères sont en voie de disparition, et se manifestent par une rougeur en voie de disparition, recouverte d'une desquamation fine. Les placards des cuisses et du ventre ont encore une teinte violacée, et à côté des lambeaux de desquamation, il reste quelques croûtes.

Le 7 avril, il y eut encore deux poussées de ce genre, la malade ayant repris son traitement et subi trois séances photothérapiques.

Cet érythème était-il provoqué par la photothérapie ? ou repré-

sente-t-il un érythème épisodique au cours d'un lupus? Le fait que les accidents ont débuté sur la face malade, milite fortement en faveur d'un rapport avec la lésion tuberculeuse qui y est développée. Un point est frappant : c'est la ressemblance des placards d'érythème avec les éruptions que provoquait la tuberculine au début de son histoire.

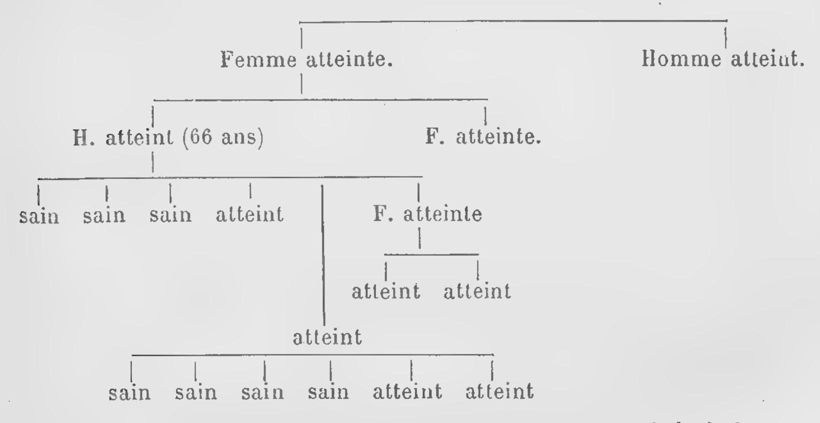
Le temps nous éclaircira peut-être sur la signification exacte de ce singulier accident.

Acrokératodermie héréditaire et familiale.

Par MM. Ch. Audry et Laguerre (de Lavellanet).

Les observations de cette singulière lésion sont, en France, encore assez rares pour que nous ayons cru devoir en présenter encore une. Nous ne connaissons que celles de Besnier-Bassaget (Lorraine), Hallipré (Normandie) et Dubreuilh et Guelin (Gascogne). La suivante a été recueillie dans le département de l'Ariège (1).

Voici d'abord la généalogie de la famille atteinte. Elle porte sur quatre générations. On ne sait rien sur les ancêtres antérieurs.



Au total, 18 personnes dont 11 présentent ou ont présenté de la kératodermie congénitale.

Voici les photographies de la paume d'une main et de la plante d'un pied du chef de famille actuel, âgé de 66 ans. Le malade ayant pris une série de bains de pieds en vue de la photographie de ses extrémités inférieures, la coque cornée du talon s'est détachée.

Sur la main, on voit que l'hyperkératose s'étend rigoureusement à toute la face palmaire de la main et des doigts, et rien qu'à cette région. A peine,

(1) W. Dubreuilh. Art. Kératodermie, in *Pratique Dermatologique*. — Vorner. *Arch. f. Derm. und Syph.*, t. 56, 1901, p. 3. — J. Schütz. *Id.*, 1902, t. 59, p. 57.

au niveau de l'éminence hypothénar, empiète-t-elle légèrement sur le poignet. Elle a son maximum au niveau des « lignes » de la main. Son maximum au sommet des éminences, en particulier de l'éminence thénar. Toute la région est revêtue d'une sorte de mosaïque de cubes cornés jaunes, compacts, secs, isolés, haut de 7 à 8 millimètres. Ces cubes sont orientés suivant les sillons normaux ; aux doigts, ils sont presque tous transversaux.

La peau saine succède à la zone hyperkératosique progressivement en dehors, brusquement en dedans sans qu'il existe de liséré rouge, congestif entre le tégument malade et la peau normale.

La sensibilité est légèrement émoussée pour la chaleur et le tact dans les points où la corne est particulièrement épaisse. Il n'y a pas d'hyperhidrose notable. La lésion est constamment semblable ; les saisons, la température n'y apportent aucune modification.

Sur la plante des pieds, il en est absolument de même : l'hyperkératose s'étend à la face inférieure non seulement du pied, mais encore des orteils. Les cubes cornés sont ici orientés généralement en lignes transversales.

Le détachement de la gaine talonnière laisse voir un épiderme encore très épaissi, irrégulier, rugueux, dépourvu de toute inflammation.

Nous n'avons pas de réflexions notables à ajouter : on remarque seulement l'absence de l'hyperhidrose, du liséré rouge, la non influence des saisons, la tolérance remarquable de l'anomalie. L'absence de l'hyperhidrose est intéressante, si, comme Vörner, on admet que ce symptôme est constant dans la maladie.

En fait, c'est surtout en tant que document « géographique » que l'histoire de la famille S... nous a paru intéressante.

Culture du microsporon furfur sur milieu solide placentaire.

Par MM. Gastou et Nicolau.

Depuis plusieurs années l'un de nous a tenté, pour remplacer les milieux à base de sérum, différents essais de milieux humanisés, c'est-à-dire se rapprochant le plus possible de la composition du sang humain (1).

L'extrait obtenu par macération et compression de placentas constitue une base excellente pour la fabrication de milieux solides ou liquides auxquels on peut incorporer différentes substances. C'est sur ces milieux que nous avons essayé d'ensemencer et de cultiver le parasite du pityriasis versicolor, ensemencement suivi de résultats positifs.

(1) Milieu placentaire employé dans les études sur le gonocoque et les uréthrites (Associations microbiennes et pyodermites blennorrhagiques). Gastou, *Annales de Derm. et Syphil.*, juin 1900, etc. — L'évolution de la syphilis (spécificité et associations microbiennes). Gastou, *Congrès international de Dermat. et Syphil.*, Paris, août 1900.

Matzenauer (de Vienne), dans une étude publiée l'an dernier dans l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, sur la bactériologie du pityriasis versicolor, faisait connaître la manière de cultiver le parasite de cette maladie, ses caractères morphologiques ainsi que son mode de développement sur les milieux artificiels.

Pour la culture de ce parasite, qui, on le sait, échoue sur les milieux ordinaires, il a employé un milieu un peu spécial, qu'il appelait *epidermin-agar*, à réaction neutre, d'après la recommandation de Finger. Il a démontré en outre la spécificité du parasite isolé par une inoculation positive pratiquée sur lui-même ; en effet, trois mois après cette inoculation, il a vu apparaître sur l'endroit même de la peau inoculée, une plaque isolée et typique de pityriasis versicolor.

De notre côté, reprenant l'étude bactériologique de cette maladie, et employant comme milieu de culture une gélose préparée avec du liquide, obtenu par la macération dans l'eau du placenta humain, milieu sur la composition duquel nous nous réservons le droit de revenir plus loin, nous avons réussi, dans plusieurs cas de pityriasis versicolor, à isoler un champignon qui présente tous les caractères de celui décrit par Matzenauer ; nos recherches confirment donc de tous points celles de l'auteur viennois.

La culture de ce parasite, hautement spécifié, est des plus difficiles, ce qui explique les échecs auxquels on est souvent exposé. Tous les milieux de culture employés jusqu'à présent, le nôtre compris, ne constituent probablement pas son milieu idéal, car les essais de culture ne réussissent pas dans tous les cas ; ainsi dans les 10 cas sur lesquels ont porté nos recherches, nous sommes arrivés seulement trois fois à des résultats positifs ; dans les autres cas, les tubes sont restés stériles ou bien se sont infectés par des microbes banaux. Bien plus, et pour des raisons que pour le moment nous ne sommes pas en état de préciser, même dans les cas favorables, la végétation n'est pas appréciable sur tous les tubes inoculés ; ainsi, par exemple, sur un lot de 10 ou 15 tubes ensemencés il n'y en a que 2 ou 3 qui poussent.

Étant donnés ces faits, on s'explique aisément les résultats négatifs auxquels ont abouti les recherches de plusieurs auteurs, et leur scepticisme en ce qui concerne la culture de ce parasite.

Nous avons cru intéressant de porter devant la Société le résultat de nos recherches positives, et de notre devoir d'appuyer les données de Matzenauer.

Nos essais de cultures ont été faits dans des cas de pityriasis versicolor nettement dessinés, n'ayant pas été traités du tout ou non traités depuis fort longtemps.

Voici la technique que nous avons suivie pour le prélèvement et l'ensemencement du matériel morbide. Nous commencions par nettoyer la partie malade d'abord à l'eau et au savon, puis avec un courant d'eau stérilisée, et finalement nous la touchions légèrement à l'alcool-éther. Après ces précautions nous raclions la surface malade avec une lame de verre stérilisée; les squames qui se détachaient étaient reçues sur une autre lame, également stérilisée, tenue perpendiculairement à la surface de la peau. Les squames pulvérulentes obtenues par ce raclage étaient ensemencées immédiatement à l'aide d'une aiguille de platine flambée, à la surface des tubes contenant notre milieu de culture, dont voici le mode de préparation.

On fait macérer à froid un placenta frais (dont le poids moyen est de 400-500 grammes) réduit en petits morceaux, dans un litre d'eau, pendant 24 heures; ensuite on passe le tout à travers un linge de toile propre, en exprimant fortement, jusqu'à ce que la substance placentaire ne cède plus de liquide.

On obtient un liquide fortement teinté par le sang. On le fait bouillir dans une capsule de porcelaine, on écume, on neutralise; après refroidissement, on filtre 2 ou 3 fois. Le liquide ainsi obtenu, qui est presque limpide, peut être employé comme milieu liquide simple ou additionné d'autres substances : lactose, glycose, etc. Pour faire des milieux solides, on procède comme pour la préparation des milieux ordinaires, c'est-à-dire on ajoute au liquide sus-mentionné pendant l'ébullition 2 p. 100 d'agar-agar. Sachant que les milieux sucrés conviennent spécialement au développement des champignons, nous y avons également ajouté 2 p. 100 de lactose.

Le développement sur l'agar, à la température du laboratoire avec ses variations de jour et nuit, ne devient appréciable qu'après 5 jours. Une fois la culture initiale obtenue, le repiquage se fait facilement, et il ne manque pour ainsi dire jamais; il semble que le parasite ait acquis une sorte d'acclimatation sur les milieux artificiels; aussi son développement se fait un peu plus vite et plus abondamment dans les repiquages successifs.

Au thermostat à 35° le développement devient apparent après 48 heures.

Les colonies, de volume d'une tête d'aiguille ou d'un grain de semoule, présentent une forme sphérique ou légèrement elliptique, et forment un relief assez appréciable à la surface de l'agar. L'aspect des colonies à ce moment est lisse et poli.

Les jours suivants les colonies continuent à croître, et, après 3 ou 4 semaines, elles atteignent le volume d'une lentille; généralement leur accroissement s'arrête là.

Même dès les premiers jours, le sommet des colonies commence à

se couvrir d'une fine poussière blanche, granuleuse, qui peu à peu s'étend à toute la surface de la colonie. A ce moment les colonies présentent comme une sorte de noyau central, et tout autour un, deux ou trois cercles concentriques, qui se perdent insensiblement à la surface du milieu. La consistance des colonies est assez ferme, et l'adhérence au milieu assez marquée; ainsi on n'arrive jamais à en détacher la moindre parcelle en promenant ou même en frottant à sa surface l'aiguille de platine; pour cela il faut dilacérer la colonie avec l'aiguille.

Sur le *bouillon*, qui reste clair, le développement est très lent. Après quelques jours on observe au fond du tube, 2 ou 3 colonies de la dimension d'une tête d'aiguille, sphériques et translucides; les colonies continuent à se développer lentement mais d'une manière persistante; après 5 ou 6 semaines, elles atteignent le volume d'un noyau de cerise ou d'une petite noisette. En agitant le tube, les colonies montent, nagent quelques moments dans le liquide, et sans se désagréger retombent au fond du tube.

Sur la *gélatine* lactosée à 2 p. 100, le développement est également lent; il se forme de petites colonies, blanchâtres, punctiformes; à la surface de la gélatine, après 5-6 jours il se forme une légère liquéfaction cupuliforme du milieu.

Sur la *pomme de terre* le développement est plus vite et plus abondant. Il se forme des colonies qui très souvent deviennent confluentes, de couleur gris plutôt sale.

Les préparations microscopiques faites sur une lame, avec une petite parcelle de culture prélevée au moyen de l'aiguille de platine, et dissociée, nous montrent une sorte de feutre mycélien, extrêmement ramifié, formé par un mélange inextricable de filaments mycéliens entrecroisés et ramifiés et dont la disposition défie toute description. Le feutrage est tellement serré qu'il est presque impossible de pouvoir examiner et se rendre compte de la structure exacte du parasite; aussi les préparations par dissociation sur lame, colorées ou non, sont très peu instructives à ce point de vue. A peine sur les bords du fragment dissocié où les filaments sont plus isolés on peut voir quelque chose. Ce sont les cultures en goutte suspendue, soit au thermostat, soit à la température de la chambre, qui nous ont permis de préciser, autant que possible, les caractères morphologiques de ce champignon.

Le mycélium est composé de tubes de 2 à 3 μ de diamètre qui émettent, sous des angles variables, des branches latérales, portant elles-mêmes des rameaux secondaires, dont la direction est tantôt rectiligne, tantôt plus ou moins flexueuse.

De distance en distance, on observe, à l'intérieur des filaments mycéliens, un grand nombre de spores, dont le volume ne dépasse

pas habituellement le diamètre du filament; mais souvent elles sont plus grosses, provoquant comme une sorte de gonflement, de nodosité du filament à leur niveau. Quelquefois on observe des spores terminales, comme une sorte de bouton, à l'extrémité du filament. Les filaments présentent en outre, ici et là, de petites cloisons transversales, qui leur donnent un aspect segmenté. Jamais ni dans les cultures en goutte suspendue, ni dans les coupes des cultures sur milieux solides (durcies et incluses comme des pièces anatomiques), que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous n'avons pu constater la présence des hyphes aériennes, ni des spores à fructification extérieure. Le seul mode de reproduction, que nous ait révélé jusqu'à présent ce champignon, a été la création des spores internes.

Dans les cultures sur bouillon, on voit très peu de spores libres, entre les filaments. Dans les cultures sur les milieux solides, au contraire, les spores libres sont très nombreuses, et ce sont elles qui constituent presque exclusivement la surface blanchâtre, granuleuse des colonies. Les coupes de ces colonies (traitées comme des pièces anatomiques) sont très démonstratives sous ce rapport. Tandis que la partie profonde des colonies est formée de filaments endo-sporulés, à mesure qu'on s'approche de la surface les spores deviennent de plus en plus rapprochées, constituent comme une sorte de chapelet à l'intérieur des filaments ; puis à un moment donné la paroi des filaments paraît s'amincir, disparaître, et les spores deviennent libres.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que ce champignon, dans les conditions où nous l'avons étudié, n'a présenté qu'un seul mode de reproduction, endo-sporulaire. Cela n'a rien d'extraordinaire, car on sait que les filaments des champignons inférieurs ont le pouvoir de créer des spores internes comme les bactéries.

Quant à la question de savoir dans quel groupe botanique il faudrait ranger ce champignon, il nous est impossible de nous prononcer pour le moment. En effet, il résulte des travaux des mycologistes, et surtout des remarquables travaux de M. Sabouraud sur les parasites des teignes, que pour pouvoir classer d'une manière définitive un champignon quelconque, qui, on le sait, sont des organismes essentiellement pléomorphes, il faut connaître au moins deux ou trois ou plusieurs formes de reproduction, pour savoir quelle est la forme constante, essentielle, et quelles sont les formes de souffrance. Si quelquefois ces formes multiples coexistent dans une même culture, très souvent elles se suppléent, s'excluent pour ainsi dire; il suffit pour cela d'apporter la moindre modification, soit dans la composition du milieu de culture, soit dans les conditions d'humidité, de température, etc.

Il est bien possible qu'en modifiant les conditions d'étude du champignon que nous venons de décrire, il nous révèle à un moment donné d'autres formes de reproduction qui nous permettront d'établir son rang dans l'échelle botanique.

Contribution à l'étude des atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde dentition.

Par MM. Hallopeau et Edmond Fournier.

En présence des contradictions qui se sont élevées ces temps derniers, à l'égard de la valeur diagnostique des érosions dentaires dans la recherche de l'hérédo-syphilis, nous avons jugé opportun de procéder à un supplément d'enquête portant sur un grand nombre de sujets.

Ce sont les résultats de cette enquête que nous vous présentons aujourd'hui.

A coup sûr, les dystrophies dentaires dont nous nous occupons ont déjà été décrites de main de maître et signalées comme des stigmates habituels de la syphilis héréditaire; notre présente communication n'offre d'autre intérêt que d'en confirmer et d'en préciser la valeur.

Ces dystrophies consistent essentiellement en des atrophies cuspidiennes systématisées des incisives, des canines et des premières grosses molaires.

Sur les incisives, on voit une ou plusieurs érosions transversales formant des sillons plus ou moins profonds qui siègent à même hauteur sur les dents homologues. Ces sillons séparent l'incisive en deux portions, l'une radiculaire d'apparence à peu près normale et l'autre cuspidienne toujours rabougrie, ratatinée et souvent plus ou moins cariée.

L'aspect est encore plus particulier sur les canines. On y voit la même érosion transversale, formant vers la partie moyenne de la dent une sorte d'étranglement plus ou moins prononcé et séparant de la portion radiculaire, restée normale, de la dent une extrémité cuspidienne devenue irrégulière, amoindrie, rocheuse d'aspect.

Il semble que la canine ainsi altérée soit formée d'une moitié de dent saine et normale dans l'extrémité de laquelle on aurait enchâssé une dent plus petite et toute contrefaite.

Parfois, les choses se compliquent et l'aspect devient plus irrégulier encore : il peut exister sur la canine deux ou trois étranglements superposés. Dès lors cette dent revêt des formes véritablement impossibles à décrire dans leurs détails; mais toujours on retrouve cette apparence toute spéciale d'un petit chicot irrégulier, informe, atrophié, enchâssé dans une dent plus grosse et plus ou moins irrégulière de forme elle aussi.

Au niveau des premières grosses molaires, même aspect et mêmes

altérations : la dent paraît étranglée à sa partie moyenne par un sillon circulaire, plus ou moins profond, isolant de la base de la dent toute la région cuspidienne; il donne encore cet aspect d'une dent petite, irrégulière, souvent informe, plus ou moins cariée, enchâssée dans une dent plus grosse et demeurée saine et normale.

Cette apparence ne dure pas toujours. Sous les chocs répétés de la mastication, cette portion cuspidienne, altérée, s'effrite peu à peu et disparaît. Dès lors, la molaire, raccourcie de près de moitié, usée en plateau, prend l'aspect d'une dent de vieux, d'une dent courte, prématurément et anormalement usée.

C'est ainsi que se présente, quand elle est au complet, cette dystrophie cuspidienne systématisée dont nous avons cherché à constater l'importance diagnostique.

Elle intéresse presque toujours simultanément les canines et les incisives ; il en est de même des premières grosses molaires quand elles ne sont pas déjà cariées ou tombées.

Pour voir un grand nombre d'enfants tous entachés d'une tare originelle quelconque, nous avons visité successivement les principaux hôpitaux d'enfants, tant à Berck qu'à Paris, ainsi que les services infantiles de Saint-Louis, de la Salpêtrière, de Bicêtre, de l'Hospice des Sourds-Muets.

Nous ne voulons pas faire ici un historique détaillé de ce que nous avons vu ; — nous ne voulons pas non plus, à l'appui de notre dire, citer les observations de malades que nous avons recueillies : cela nous entraînerait fort loin et serait d'un intérêt fort minime.

Il nous suffira de vous dire les grandes lignes de notre enquête et de vous préciser d'une façon aussi succincte que possible les résultats auxquels nous sommes parvenus.

1° Ces anomalies dentaires sont relativement rares;

2° Elles le sont surtout actuellement à Berck, où, dans les différents établissements que nous avons visités, nous n'en avons rencontré, sur plus de mille malades, que 9 cas.

Sur ces 9 enfants, 4 étaient des hérédo-syphilitiques manifestes, soit du fait de leurs antécédents, soit du fait de la coexistence chez eux de manifestations syphilitiques non douteuses.

Un de ces enfants présentait en outre des dents d'Hutchinson typiques. Ces lésions sont donc au moins très rares chez les tuberculeux et les rachitiques qui forment, à peu de chose près, la totalité de la population de ces hospices.

3° Nous les avons trouvées beaucoup plus fréquentes à Bicêtre, car sur 200 jeunes idiots, 12 en étaient atteints, et, dans une proportion moindre, à la Salpêtrière.

4° Sur l'ensemble de tous les enfants examinés, nous avons noté 52 fois cette dystrophie systématisée.

5° Nous avons constaté 29 fois la coexistence des lésions des incisives et des canines seulement et 28 fois seulement l'existence simultanée des lésions des premières grosses molaires; mais, comme nous l'avons fait remarquer déjà, ce dernier chiffre se trouve faussé du fait de la carie et de la disparition précoce de ces grosses molaires altérées dans leur constitution.

6° Sur les 52 enfants porteurs de ces dystrophies nous avons trouvé 14 fois, c'est-à-dire dans un tiers des cas, la syphilis héréditaire d'une façon certaine; dans 5 autres cas, elle était plus que suspecte et on pouvait la considérer comme très vraisemblable dans nombre d'autres.

7° Il nous est impossible de regarder cette dystrophie systématisée comme appartenant exclusivement à l'hérédo-syphilis; nous nous croyons pourtant pleinement autorisés par les faits que nous venons de relater à la considérer comme un stigmate suspect, devant mettre en éveil l'idée du clinicien sur l'origine syphilitique possible, probable de l'individu porteur de cette dystrophie; et c'est à bon droit que chez des malades dont nous avons fait connaître l'histoire à la Société, M. Gaucher et nous-mêmes nous sommes fondés sur leur existence pour instituer, alors qu'il y avait doute, un traitement spécifique bientôt suivi de succès.

8° L'existence simultanée de ces dystrophies cuspidiennes des incisives, des canines et des premières grosses molaires implique l'idée d'un facteur quelconque venant troubler l'organisme à une époque où ces dents sont en voie de calcification, c'est-à-dire dans les 3 derniers mois de l'existence intra-utérine et dans les 3 ou 4 premiers mois de l'enfance.

9° La syphilis doit être placée au premier rang parmi les maladies qui intéressent l'organisme dans cette période de son développement.

Mais, par contre, elle ne peut être seule incriminée.

Le nombre des faits dans lesquels il nous a été impossible de la retrouver indique que d'autres facteurs peuvent être mis en cause.

10° Il est vraisemblable que toutes les grandes maladies infectieuses sont capables de provoquer les mêmes désordres. Nos observations établissent cependant catégoriquement qu'il en est rarement ainsi pour la tuberculose.

Nous n'avons pu déterminer pourquoi ces dystrophies sont relativement fréquentes chez les idiots.

Pour ce qui est de l'hérédité directe d'une anomalie similaire ou dissemblable, mise en cause par M. Galippe, nous n'avons pu recueillir aucune donnée à son égard, mais, fût-elle constatée dans un certain nombre de cas, le rôle de la syphilis n'en demeurerait pas moins des plus importants.

Le secrétaire :
P. Gastou.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Aïnhum.

Aïnhum (Een geval van Aïnhum), par PREITNER. *Geneeskundig Tijdschrift van Nederlandsch Indie*, 1901, part. 2.

Observation d'aïnhum, présentant les caractères classiques de cette affection, chez un Malais de vingt-cinq ans, souffrant depuis dix ans de cette maladie. Dans la famille il n'y avait rien d'analogue. Ce cas serait le premier connu dans les Indes Néerlandaises. J. V. D. WYK.

Alopécie.

Étiologie de l'alopécie (The etiology of alopecia), par D. L. PARKER. *Medical Record*, 13 juillet 1901, p. 45.

La calvitie est due à la résorption d'un poison qui se forme dans les alvéoles pulmonaires dont l'air n'est pas suffisamment renouvelé, par la putréfaction des matières organiques exhalées par la surface des alvéoles. Chez l'homme dont la respiration est diaphragmatique, les sommets des poumons ne sont pas aérés, l'air y stagne et le poison — trichotoxicon — s'y forme en plus grande abondance : voilà pourquoi la calvitie est plus fréquente chez l'homme.

P. recueille dans des flacons stérilisés contenant de l'eau distillée l'air résidual. Il met le flacon dans l'étuve à 38° pendant dix jours, puis injecte 5 centimètres cubes de cette eau chaque jour à divers animaux.

Deux chiens, cinq poules et cinq pigeons ont été mis en expérience; chacun a reçu environ 150 injections d'eau chargée : 1° de l'air résidual d'un homme chauve ; 2° de l'air résidual d'un homme chevelu ; 3° d'air atmosphérique ordinaire ; 4° d'air fraîchement expiré ; 5° injections faites avec de l'eau distillée simple.

Les animaux injectés avec les flacons 1 et 2 ont présenté des alopécies étendues allant chez les pigeons jusqu'à la perte de la totalité de leurs plumes. Il n'y avait aucune altération de la santé générale des animaux en expérience. Les plumes ont rapidement repoussé après la cessation des injections. W. D.

Alopécie nerveuse (Ueber neurotische Alopecie), par BAYET. *Dermatologische zeitschrift*), t. VIII, p. 379.

Jeune homme de dix-sept ans et demi, très nerveux, portant au cou d'anciennes cicatrices d'abcès tuberculeux, ayant reçu sur la région temporale droite un violent coup de poing qui détermina une forte tuméfaction de tout le visage et une violente céphalalgie. Trois semaines après cet accident, les cheveux commencèrent subitement à tomber et en un jour la partie antérieure de la tête était devenue presque complètement chauve.

L'examen microscopique porta sur les trois espèces de cheveux qui se trouvaient sur le cuir chevelu.

Les cheveux en massue, isolés sur la partie chauve, de un centimètre et demi de longueur, avec moelle et pigment, sont à leur extrémité à l'état normal et vers la racine amincis et sans moelle. En outre, le pigment a disparu en ce point et on ne les distingue plus des cheveux lanugineux.

A la racine même le bulbe est parfois intact, sur d'autres poils il est détruit.

Les cheveux lanugineux sont normaux; ceux de la région occipitale, qui ont un aspect normal, cèdent à la plus légère traction. Ils sont dépourvus de moelle, mais pigmentés et à bulbe normal.

B. a cherché, en mesurant les cheveux de nouvelle poussée, à démontrer que les troubles morbides dans la papille ne coïncident pas avec la chute des cheveux, mais qu'il faut les rapporter à l'époque du traumatisme.

L'altération des cheveux fut passagère et suivie d'un retour absolu des fonctions des papilles. A. Doyon.

Chéloïdes.

Chéloïdes multiples spontanées (Ueber spontane multiple Keloïde), par W. Reiss. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis,* 1901, t. LVI, p. 323.

R. rapporte un cas de chéloïdes multiples chez une orpheline de douze ans. Les renseignements sur la maladie sont très incomplets. Cette petite malade se rappelle seulement qu'il y a deux ans quelques papules dures apparurent sur les membres. L'an dernier leur nombre a beaucoup augmenté et l'éruption a envahi le thorax et l'abdomen où elle présente une disposition assez symétrique.

Sur la partie antérieure du thorax et sur les surfaces de flexion des membres supérieurs il existe une éruption caractérisée par de nombreuses papules — 206 — rouge rose, de la grosseur d'un grain de plomb à celle d'un pois, dures, élastiques, de forme hémisphérique ou ellipsoïde; ces papules ne sont nulle part confluentes, leur bord est en général très net, quelques-unes envoient dans le tissu environnant des prolongements courts, radiés. D'autres, particulièrement celles situées sur les membres, ont une certaine tendance à la régression. Toutes ces papules sont encastrées dans le chorion et sont mobiles avec la peau; elles ne sont pas douloureuses à la pression. La sensibilité thermique et tactile est très diminuée dans le territoire des efflorescences.

L'examen histologique a montré des lésions identiques à celles décrites par les auteurs pour la chéloïde. La pathogénie de cette affection est encore des plus obscures. A. Doyon.

Épithéliomas cutanés.

Épithéliome adénoide kystique (Epithelioma adenoides cysticum), par M. Wolters. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis,* 1901, t. LVI, p. 89 et 197.

W. a eu l'occasion de faire l'examen histologique d'une petite tumeur située sur le sourcil droit d'une jeune fille de vingt ans.

On crut d'abord avoir affaire à un hémangio-endothéliome; mais à un examen plus attentif, on constata que la tumeur était composée de cordons épithéliaux étroits se croisant en tous sens. Dans ces cordons sont intercalés des kystes qui renferment ou des cellules kératinisées et des globes

cornés, ou des masses colloïdes, mais souvent sont complètement ou en grande partie calcifiés.

Des kystes plus volumineux contenant des globes cornés se trouvent immédiatement sous l'épiderme et présentent, outre un amas de kérato-hyaline dans leurs couches cellulaires les plus internes, des prolongements épithéliaux semblables à des cordons qui établissent probablement une connexion avec les traînées épithéliales. Les autres organes de la peau sont intacts. Il s'agirait donc d'une tumeur épithéliale bénigne, kystique.

W. compare ensuite ce cas à ceux qui existent dans la science; il le rattache à la classe des épithéliomes. Cliniquement l'affection revêt la forme de papules parfois un peu transparentes, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois, en général de la couleur de la peau, mais parfois aussi jaune pâle, d'une teinte brunâtre ou bleuâtre ; quelquefois ces papules ressemblent à du milium. Elles se trouvent de préférence sur les sourcils, la racine et les ailes du nez et les parties avoisinantes des joues, le pourtour de la bouche, le cuir chevelu ; rarement sur le dos et le cou.

Cette localisation distingue déjà les épithéliomes des hémangio-endothéliomes que l'on a souvent confondus avec eux et qui surviennent presque uniquement sur la partie antérieure du tronc, rarement sur les bras et sur le cou, surtout à l'époque de la puberté.

W. donne à cette affection le nom choisi par Brooke d'épithéliome adénoïde kystique; cette dénomination est plus indéterminée que celle d'acanthome qu'Unna avait proposée en raison de la prolifération — très probable mais non encore démontrée — de la couche épineuse et que celle de tricho-épithéliome indiquée par Jarisch. On observe aussi des lésions analogues sur la conjonctive qui ont été décrites par les ophtalmologistes sous les noms de dermo-épithéliomes, cysto-épithéliomes, benign cystic epithelioma, cysto-épithéliome sous-conjonctival, etc.

Ces tumeurs de la peau ne sont pas en général multiples ; elles peuvent dans quelques cas prendre un caractère malin. A. DOYON.

Formations cornées atypiques (Ueber atypische Horngebilde), par HERXHEIMER et HILDEBRAND. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 55.

En examinant plusieurs cas de carcinome pavimenteux de la peau, H. et H. ont trouvé dans le protoplasma des cellules de carcinome, après durcissement par le formol et coloration avec le violet de crésyl vrai, des formations spéciales arrondies, souvent aussi ovales, plus rarement en forme de croissant. Dans ce dernier cas, ces formations étaient placées de telle façon que l'un des pôles du noyau était recouvert par cette formation comme par une calotte. Jamais les formations ne se continuaient avec le noyau, toujours il y avait entre les deux un liséré plus ou moins large de protoplasma non coloré. H. et H. n'ont observé que dans un très petit nombre de cas deux de ces formations, ayant chacune une aréole périphérique, à côté l'une de l'autre, dans une même cellule ; deux de ces formations tout à fait indépendantes l'une de l'autre peuvent donc se développer dans le protoplasma de la même cellule, devenir éventuellement confluentes et présenter la forme en huit de chiffre.

Ces formations spéciales enfoncées dans le protoplasma occupaient exclusivement les cellules situées au voisinage des granulations perlées de cancroïde et correspondaient aux cellules du blastoderme. Quant à la fréquence de ces formations, on ne les rencontre pas sur toutes les coupes, mais dans une sur trois ou quatre en moyenne, parfois seulement dans une coupe, quelquefois en plusieurs exemplaires.

H. et H. pensent que ces formations sont constituées par des substances cornées vraies, situées dans l'épiderme, douées de vitalité, que l'on ne rencontre que dans les carcinomes pavimenteux avec kératinisation particulièrement intense et seulement au voisinage immédiat des granulations perlées de cancroïde. Selon H. et H. ces formations sont vraisemblablement identiques à celles mentionnées par Ernst; elles prouvent que la kératinisation n'est pas toujours limitée au manteau de la cellule, comme Unna le prétend, et qu'elle a son point de départ sur le noyau, comme le croit v. Recklinghausen. A. Doyon.

Carcinome de la verge (Een geval van carcinoom van den penis), par J. Broers. *Medisch Weekblad van Noord-en-Zuid-Nederland*, 1901, n° 44, p. 596.

B. relate un cas d'épithéliome du gland et du fourreau et étudie l'histologie de la néoplasie, aussi bien dans le membre viril que dans les glandes lymphatiques de l'aine. J. v. d. Wyk.

Traitement de l'épithéliome cutané par les rayons Röntgen (Behandelung van huidepitheliomen door Röntgen-stralen), par C. Bollaan. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1901, n° 22, p. 633.

B. assure avoir guéri un épithéliome cutané du nez, ayant existé durant quatre années et ayant été traité sans le moindre succès, de différentes manières. Après 21 séances, dans l'espace d'un mois, l'épithéliome serait tout à fait guéri, laissant seulement une cicatrice très superficielle, mince et indolente. La description est accompagnée d'une photographie très démonstrative. J. v. d. Wyk.

Kraurosis de la vulve.

Kraurosis de la vulve (Een geval van kraurosis vulvæ gecempliceerd met carcinoom), par W. Holleman. *Nederlandsch Tijdschrift van Gynæcologie en Verloskunde*, 1901, *fasc.* 1.

Femme de soixante-six ans, atteinte de kraurosis et de carcinome de la vulve. A l'examen histologique, H. a constaté les lésions suivantes : couche cornée épaissie, couche malpighienne normale, papilles élongées, aucune dégénération des glandes, vaisseaux très étroits, tissu élastique, normal dans les couches supérieures, augmenté dans les couches profondes du derme; il n'a pu trouver aucun microorganisme. H. pense, comme Veit, que le prurit chronique produirait d'abord le kraurosis et puis le carcinome. H. insiste sur la rareté de cette maladie en Hollande. Le traitement a consisté dans l'enlèvement chirurgical des parties malades. J. v. d. Wyk.

Leucoplasie.

Psoriasis de la muqueuse buccale et linguale (Psoriasis mucosæ oris et linguæ), par J. v. d. Spek. *Medisch Weekblad van Noord-en-Zuid-Nederland*, 1901, n° 50, p. 641.

V. d. S. croit que, dans la majorité des cas où le psoriasis est accompagné

de carcinome, cette complication serait la conséquence de cautérisations par le nitrate d'argent. Il n'est pas d'accord avec quelques auteurs (Vidal, Butlin), qui prétendent qu'il faut distinguer la leucoplasie vraie et les « plaques blanches » des fumeurs. Ayant eu l'occasion de traiter beaucoup d'agents et de négociants de tabac (qui, à cause de leur métier, sont forcés de fumer beaucoup), il n'a jamais pu constater la moindre amélioration après l'abstinence du tabac. De même il n'est pas de l'avis de Fournier et Vidal, qu'il y aurait une leucoplasie syphilitique, guérissant par un traitement antisyphilitique. V. d. S. attache surtout de l'importance à la possibilité de glycosurie, de phosphaturie, de dyspepsie et de toutes les maladies de l'intestin. Il conseille d'éviter les mets irritants et les mets trop chauds ou trop froids et surtout l'abus d'alcool et de tabac. Il conseille un traitement anti-arthritique, des lavages et des pansements de la bouche avec des solutions d'eau boriquée, d'acide salicylique, de bicarbonate de soude, d'acide chromique et, dans les cas opiniâtres, l'intervention chirurgicale, curettage ou cautérisation ignée. J. v. d. Wyk.

Lupus érythémateux.

Du lupus érythémateux chez des frères et des sœurs (Lupus erythematosus bei Geschwistern), par Rona. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 381.

Les recherches de R. ont porté sur trois sœurs; chez deux le lupus présentait un caractère sérieux, chez la troisième le diagnostic ne fut fait qu'avec réserve, car les symptômes n'étaient pas caractéristiques et que jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive. Cette malade présente seule des traces de tuberculose, sous forme d'engorgements ganglionnaires existant depuis un an. Pas d'autres antécédents héréditaires que la tuberculose pulmonaire chez un oncle.

Les observations de R. confirment les opinions des auteurs, à savoir que le lupus érythémateux est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et qu'il survient moins souvent à partir de l'âge de cinquante ans. Sur cinquante-trois malades atteints de lupus érythémateux, R. n'a constaté que chez vingt-cinq des signes de tuberculose; chez huit d'entre eux on ne trouvait ni tuberculose personnelle, ni tuberculose héréditaire. Dans neuf cas aucune trace de tuberculose personnelle, mais dans la famille (parents, frères et sœurs) il y avait des lésions tuberculeuses osseuses, pulmonaires et ganglionnaires. Dans deux cas les malades étaient atteints de tuméfactions ganglionnaires et avaient des antécédents héréditaires de tuberculose. Une malade est morte de tuberculose pulmonaire.

Sur les 100 cas observés, R. n'a pas vu une seule fois le lupus érythémateux et le lupus vulgaire coexister sur le même malade. A. Doyon.

Lymphangiome.

Lymphangiome circonscrit de la peau (Ueber Lymphangioma circumscriptum cutis), par H. Schnabel. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 177.

Homme de vingt-trois ans, ayant contracté la syphilis il y a un an, et ayant encore des traces de roséole, atteint d'une maladie de la peau qui

daterait de sa plus tendre enfance. Sa mère aurait eu une affection analogue. Au niveau du deuxième espace intercostal, sur le tiers interne de la moitié antérieure droite du thorax sur une étendue de 5 centimètres de longueur, 2 centimètres de largeur, on voit 8 efflorescences disséminées, saillantes et presque ovales, allongées suivant la direction de l'espace intercostal, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis. Les plus volumineuses paraissent composées de plusieurs de ces petites nodosités. Elles ont une consistance très élastique, ferme, elles ne disparaissent pas par la pression. Leur coloration va du jaune clair au jaune foncé ; si on pique une de ces vésicules, il s'écoule un liquide jaune blanchâtre, légèrement trouble, à réaction faiblement alcaline, dans lequel au microscope on peut reconnaître un petit nombre de lymphocytes.

A l'examen histologique, on voit dans le chorion et dans l'hypoderme quelques vaisseaux lymphatiques complètement ou en partie oblitérés par de l'endothélium. D'autres, plus étroits, présentent dans leurs parties les plus rétrécies des amas de ces cellules endothéliales détachées et gonflées. Enfin des vaisseaux très fins sont entièrement remplis par l'endothélium normal, fusiforme. On peut en conclure que ces cellules épithéliales dégénérées peuvent : 1° être entraînées par le courant lymphatique loin de leur lieu d'origine, et 2° peuvent amener, par leur accumulation dans des points rétrécis du système des vaisseaux lymphatiques, une stase lymphatique dans les parties périphériques, d'où une prolifération ultérieure de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

Dans cette affection, il s'agit d'une néoplasie compliquée d'ectasie des vaisseaux lymphatiques. A. Doyon.

Sudoripares (Infection des glandes).

Sur l'immunité des glandes sudoripares pour les cocci py gènes (Zur Immunität des Schweissdrüsen gegen Eiterkokken), par Finger. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Festschrift gewidmet zu Ehren von J. Neumann*, 1901, p. 150.

Des recherches antérieures ont établi d'une manière incontestable que les agents des différentes maladies infectieuses atteignent les glandes sudoripares par la voie sanguine et les altèrent, mais sont éliminés par ces glandes avec la sueur.

Cette opinion est aujourd'hui combattue par Unna qui nie l'élimination par la sueur des microorganismes pathogènes, surtout des agents pyogènes. Il attribue même aux glandes sudoripares une immunité spéciale contre les cocci pyogènes.

F. rapporte un cas de dermatite pyémique blennorrhagique terminée par la mort, qu'il a eu l'occasion d'examiner. A la nécropsie, on constata dans les glandes sudoripares toute une série de lésions importantes. D'une part, les cocci pénètrent en plus ou moins grande proportion dans les vaisseaux du corps papillaire et du tissu adipeux sous-cutané et obstruent leur lumière, de l'autre ils arrivent aussi en grand nombre dans les capillaires des glandes sudoripares. Il n'est même pas rare de voir l'admirable réseau de ces glandes rempli de masses de cocci.

L'épithélium glandulaire est presque entièrement nécrosé, les contours

de quelques cellules épithéliales sont irréguliers, le protoplasma se colore à peine, le noyau ne se colore pas. Cette nécrose tient à l'obstruction des vaisseaux sanguins, et à la présence des toxines dans les capillaires et dans le tissu. Mais les cocci contenus dans les vaisseaux sanguins provoquent de l'inflammation; des cellules de pus arrivent des parties voisines, se fixent en partie dans le tissu conjonctif périglandulaire, en partie dans le tissu conjonctif interacineux, dans la glande elle-même. Si le processus est avancé, les cocci prolifèrent à travers les parois des vaisseaux sanguins, émigrent dans le tissu environnant et se répandent dans le tissu conjonctif interacineux. La glande sudoripare se transforme en un abcès miliaire, autrement dit en un amas compact de corpuscules de pus nécrosés entre lesquels se trouvent de courtes chaînettes de streptocoques.

L'hypothèse de l'immunité des glandes sudoripares pour les cocci pyogènes est détruite par ce cas dans lequel on constate que la pénétration des cocci pyogènes dans les glandes sudoripares peut occasionner, par les voies circulatoires, dans la glande elle-même une inflammation aiguë purulente, une folliculite.

On a donc ici la preuve directe que des cocci pyogènes peuvent arriver des capillaires dans la lumière des acini glandulaires et par conséquent être éliminés avec la sueur. A. Doyon.

Tuberculides.

Phlébite nodulaire nécrosique (Ueber Phlebitis nodularis necrotisans. Beitrag zu dem Studium der Tuberculides von Darier), par Philippson. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LX, p. 215.

On ne sait pas encore quels sont les rapports qui existent entre ces tuberculides et la tuberculose proprement dite, puisque jusqu'à présent on n'a pas trouvé de bacilles dans la première de ces maladies. Darier se demande aussi si des toxines ou des infections secondaires ne peuvent pas y jouer un rôle.

P. rapporte une observation qui correspond cliniquement à la description que Darier a donnée de ces tuberculides.

Jeune fille de dix-huit ans, bien constituée, jamais de maladies sérieuses. Le père est mort de pleurésie à quarante-trois ans; la mère vit et est bien portante, ainsi que quatre frères et sœurs.

La maladie actuelle a commencé il y a deux ans aux jambes par des pustules qui se transformaient en ulcères et guérissaient lentement.

A un premier examen P. trouva, irrégulièrement disséminées sur la partie antérieure des jambes et des mollets, des ulcérations arrondies entourées d'une aréole rouge, dont le fond était formé par des lambeaux de tissus nécrosés, jaunâtres.

Un traitement antisyphilitique mixte continué pendant un mois ne donna pas un résultat aussi rapide que celui qu'on observe d'ordinaire dans la syphilis.

En réalité, la lésion à son début consistait non en un infiltrat dur, mais en une tache inflammatoire et œdémateuse. Dans l'espace de une à deux semaines, la rougeur prit peu à peu une teinte foncée et bleuâtre; puis il se

produisit au centre une nécrose qui s'étendit à la périphérie et finalement donna lieu aux ulcérations

Au bout d'un an, il survint sur la face dorsale des pieds de nouvelles nodosités qui se transformèrent graduellement en petites ulcérations.

L'examen histologique d'une nodosité de couleur rouge montra qu'on avait affaire ici à un processus inflammatoire ayant pour point de départ les vaisseaux sanguins et ayant provoqué des altérations graves dans les ramifications veineuses sous-dermiques. On ne pouvait plus déterminer si la lésion primaire avait consisté en une thrombose ou en une endophlébite proliférante ; mais la nécrose portait sur le contenu des veines, ainsi que sur leurs parois et l'infiltrat qui les entoure.

La recherche des bacilles fut complètement négative. Microscopiquement et cliniquement, cette affection ne présentait aucun rapport avec la tuberculose.

Comme ces nodosités répondent au type clinique des tuberculides, P. croit pouvoir admettre que ces dernières consistent initialement en une phlébite. A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

Die Pellagra, par V. Babes et V. Sion. (Extr. du t. XXIV, de *Specielle Pathologie und Therapie*, von Professor H. Nothnagel). In-8° de 87 pages avec 9 dessins dans le texte et 2 planches dont 1 en couleur. Vienne, 1901, A. Hölder, éditeur.

La culture du maïs en Roumanie remonte à 1810 ; la statistique de 1898 donne 21 272 pellagreux pour une population de 5 300 000 habitants ; l'année suivante, dans laquelle la Roumanie eut une mauvaise récolte et traversa une crise économique, le nombre des pellagreux doubla : on en trouva environ 40 000.

B. et S. regardent la pellagre comme une intoxication chronique à retours périodiques, occasionnée par une substance toxique spécifique développée dans le maïs plus ou moins avarié. Pour eux le maïs, même s'il paraît sain, est très souvent envahi par de nombreux microorganismes dont on trouvera dans le texte courant une description détaillée, ainsi que par des produits chimiques de décomposition du maïs avarié.

Les cas de maladies identiques à la pellagre qui ont été signalés dans des régions où on ne mange pas de maïs, concernent des miséreux présentant périodiquement des érythèmes chroniques des mains et des pieds ou d'autres lésions pellagriformes et non les caractères typiques de la pellagre.

B. et S. passent ensuite à l'anatomie pathologique de cette affection. Les lésions de la peau consistent en un état d'irritation et d'exsudation particulier qui peut être comparé au début aux érythèmes provoqués par certains aliments chez des sujets prédisposés, tandis que plus tard il survient un processus spécial scléreux desquamatif qui trouble les fonctions de la peau.

Parmi les altérations du système nerveux, les plus intéressantes consistent en une pigmentation notable des cellules des cornes antérieures et postérieures, analogue à celle qu'on observe dans l'ergotisme, et une dégénérescence des cordons de Goll et de Burdach comme dans le tabes ; dans la pellagre la zone de Lissauer ainsi que les zones des racines antérieures sont moins atteintes que dans le tabes ; les colonnes de Clarke sont profondément altérées dans les deux processus.

Dans la substance grise on trouve des foyers inflammatoires chroniques, le plus souvent avec adhérence des méninges, épaississement ou sclérose de la substance fondamentale, disparition du fin plexus nerveux, disparition ou atrophie jaune des fibres nerveuses avec épaississement et souvent thrombose des vaisseaux. Les colonnes de Clarke sont toujours envahies.

Dans beaucoup de cas de pellagre on a constaté des anomalies dans la trame de la moelle dorsale. B. et S. se demandent si ces anomalies évidemment congénitales ne constituent pas une prédisposition à la pellagre, car ils ont pu constater le rôle essentiel d'une prédisposition pour cette affection.

Selon B. et S., les lésions du système nerveux central seraient dues à l'action d'un poison qui d'abord agit sur le système nerveux par son intermédiaire, tandis que plus tard l'action accumulée du poison se traduit par une irritation chronique lente, se développant périodiquement et par la dégénérescence du système nerveux central sous forme de foyers sclérosés disséminés et par la dégénérescence de certaines cellules nerveuses.

Au point de vue clinique, B. et S. distinguent les cas aigus et chroniques, les formes légères et les formes graves. Sans insister sur les différents symptômes de la maladie : érythèmes, troubles vaso-moteurs, etc., ils signalent surtout les manifestations nerveuses.

Le cinquième chapitre est consacré au diagnostic, aux complications et à l'influence de l'hérédité. Le sixième et dernier chapitre comprend les mesures préventives suivantes dans la lutte contre la pellagre : récolter autant que possible du maïs non altéré pour empêcher l'usage du maïs avarié ; en second lieu, insister sur l'amélioration des conditions hygiéniques des habitants de la campagne ; créer des pellagroseries comme en Italie où elles ont donné de très bons résultats. Jusqu'à présent il n'existe pas de médicaments spécifiques. Toutefois B. et S. ont trouvé une véritable substance antitoxique dans le sang des pellagreux guéris. Ils ont pu démontrer que des animaux auxquels on a injecté systématiquement cette toxine peuvent produire un sérum actif.

Si on réussissait à recueillir de grandes quantités de ce sérum, on pourrait tout aussi bien guérir les pellagreux qu'on arrive à rétablir, au moyen de ce sérum, les animaux intoxiqués avec la toxine de maïs.

Tel est le résumé succinct de cette très complète monographie sur la pellagre ; elle mérite d'être lue et méditée par tous ceux qui s'intéressent à cette question aussi bien médicale que sociale. A. Doyon.

NÉCROLOGIE

Le professeur Jarisch. — Les morts vont vite, dit la ballade allemande ; c'est bien le cas de le répéter ici. Quinze jours à peine après la mort du professeur Kaposi, l'école dermatologique a fait une nouvelle perte en la personne du professeur Jarisch (de Gratz), un des élèves chéris de Kaposi, un de ceux qui pouvaient le plus légitimement prétendre à lui succéder dans la chaire de dermatologie de l'Université de Vienne.

Adolphe Jarisch, qui a été enlevé après trois jours de maladie, était né à Vienne en 1850 et avait été reçu docteur en 1873 ; en 1876, il devenait assistant de Hebra ; en 1880, il était nommé Privat-docent de dermatologie à l'Université de Vienne et chef de la section dermatologique à la Policlinique générale de Vienne.

En 1888, il devenait professeur à Innsbruck, passait, en 1880, en cette qualité à Gratz, qu'il ne devait plus quitter.

Jarisch avait un caractère modeste et était avant tout un laborieux. Il a cependant été quelques années rédacteur en chef de la *Wiener klinische Wochenschrift*.

Jarisch n'était pas seulement un dermatologiste éminent, un histologiste distingué, un observateur consciencieux, un thérapeute avisé; il avait montré des connaissances très étendues en chimie et en histoire naturelle. Ses travaux sur l'acide pyrogallique qu'il a introduit en dermatologie, sur l'acide chrysophanique, sur le contenu des bulles de pemphigus témoignent de sa compétence en chimie.

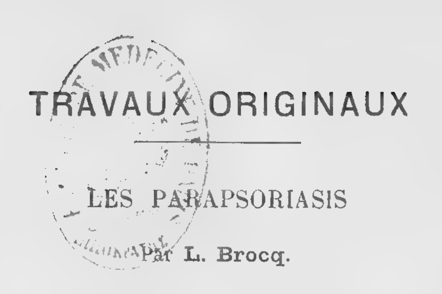
Parmi ses publications, en réalité peu nombreuses mais toutes importantes, il faut donner le premier rang à son mémoire, *Zur Lehre von der Hautgeschwülste* et le *Handbuch der Hautkrankheiten*, qu'il a publié récemment dans la collection de Nothnagel, ouvrage très complet et très ordonné dans lequel il expose avec une grande clarté l'état actuel de la dermalologie.

H. v. Hebra. — Après Kaposi, après Jarisch, l'Université de Vienne subit un nouveau deuil. H. v. Hebra, le fils du célèbre fondateur de la nouvelle école viennoise de dermatologie, est mort le 13 de ce mois, à l'âge de cinquante-cinq ans, après une longue et douloureuse maladie. Il étudia d'abord la dermatologie sous la direction de son père et ensuite il suivit des cliniques spéciales en Allemagne, en Angleterre, en France, en Italie.

Privat-docent en 1876 pour la dermatologie et la syphilis, il fut nommé professeur extraordinaire de dermatologie en 1896 et, en même temps, Primarärzt à l'hôpital de Vienne. Il avait été auparavant chargé du service des maladies cutanées et syphilitiques à la Policlinique générale de Vienne. Il a publié de nombreux travaux de dermatologie et un traité des maladies de la peau. Il était d'un caractère courtois et de relations fort agréables. C'était un esprit très ouvert et très net ; ses différentes publications prouvent qu'à l'école de son père il avait appris à soumettre à une analyse approfondie les symptômes qui caractérisent chaque dermatose. Il fut pendant quelque temps associé à Unna et à Lassar, lors de la fondation des *Monatshefte für praktische Dermatologie*. Nous nous inclinons devant cette tombe si prématurément ouverte, et, en présence de ce deuil si douloureusement cruel, nous prions la famille Hebra de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde et respectueuse sympathie.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



TRAVAUX ORIGINAUX

LES PARAPSORIASIS

Par L. Brocq.

Depuis quelques années, il paraît de temps en temps des travaux sur des dermatoses relativement assez rares, caractérisées essentiellement par de la rougeur du derme et par de la desquamation sèche plus ou moins marquée : les éléments sont plus ou moins étendus ; dans certains cas, ils ont à peine les dimensions d'une tête d'épingle, d'une lentille, dans d'autres ils arrivent à avoir celles de la paume de la main et même davantage. Leur coloration est plus ou moins accentuée. Mais, règle générale, ils ont, en outre, les caractères communs suivants : 1° peu ou point d'infiltration des téguments ; 2° peu ou point de prurit ; 3° évolution des plus lentes ; 4° peu de tendance à la guérison.

Ce groupe de dermatoses est évidemment très voisin du psoriasis : les malades qui en sont atteints sont même presque toujours considérés comme ayant une variété avortée ou anomale de psoriasis. Cependant certaines formes ressemblent assez au lichen planus, d'autres aux séborrhéides pityriasiques ou psoriasiformes, d'où les noms divers qui ont été donnés à ces affections.

Exposé de la question.

A. *Travaux allemands.* — Il nous a paru difficile de retrouver dans les anciens auteurs des descriptions se rapportant aux dermatoses que nous allons étudier. Le premier travail de quelque importance qui ait paru sur ce sujet est le mémoire de Unna, Santi, et Pollitzer sur la *parakeratosis variegata* (1). On y trouve relatés deux cas des plus intéressants qui, malgré quelques différences dans la coloration des éléments papuleux initiaux, présentaient les caractères généraux suivants : Les sujets atteints étaient jeunes, vigoureux, bien portants. L'éruption avait une marche essentiellement chronique et progressive ; les efflorescences augmentaient sans interruption, sans exacerbation, ni rémission marquées. Elles envahirent d'abord le thorax, puis le cou, l'abdomen, le dos et à la fin seulement les membres ; les jambes furent prises en dernier lieu : la tête, la paume

(1) Unna, Santi et Pollitzer. Ueber die Parakeratosen im allgemeinem und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). *Monatshefte für praktische Dermat.*, 1890, t. X, nos 9 et 10.

des mains et la plante des pieds restèrent indemnes. L'éruption présentait un aspect général bigarré ; il y avait toujours des parties de peau indemnes, même dans les points où les efflorescences atteignaient leur plus grand développement. En général l'éruption formait des réseaux entourant des îlots de peau saine, plus rarement les parties saines encerclaient des plaques éruptives. Les efflorescences avaient la forme de papules aplaties ou de plaques, et par confluence d'anneaux et de réseaux ; leur saillie au-dessus de la peau était peu marquée. Les papules étaient recouvertes par une couche cornée épaissie, cette couche était lisse, tendue, avec effacement partiel des sillons de l'épiderme, et dans ce cas il y avait éclat cireux et ressemblance avec le lichen plan ; ou bien il y avait des squames fendillées, et des squamules. La couleur des papules sans squames était d'un rouge jaunâtre, ou d'un rose clair sur les parties supérieures du corps, rouge bleuâtre ou rouge bleu foncé sur les régions déclives. L'infiltration du derme était fort peu prononcée, nulle même en beaucoup de points : il n'y avait d'épaississement du derme qu'au niveau des régions déclives. Il y avait pour ainsi dire absence complète de phénomènes subjectifs : les grandes variations de température provoquaient seules un léger prurit. L'affection était extrêmement résistante aux médications locales.

Histologiquement, le processus morbide était limité au corps papillaire et à l'épiderme. Le derme proprement dit et toutes ses parties constitutives étaient indemnes. Le corps papillaire présentait une dilatation des vaisseaux et un œdème modérés ; par contre, il n'y avait qu'une inflammation légère, caractérisée par l'augmentation des cellules le long des vaisseaux et une diapédèse insignifiante. La couche épineuse était un peu épaissie et présentait un œdème en partie intercellulaire et en partie intracellulaire. Les cellules épineuses étaient bien conservées, tuméfiées, les couches de transition normales, la couche cornée un peu épaissie. Pas de mitoses, quelques rares cellules migratrices dans l'épiderme.

Il en résulte que, d'après les auteurs, l'hyperémie des efflorescences était due pour une grande part à la stase, pour une part insignifiante à l'inflammation, que la desquamation n'était amenée que par la tension exagérée de l'épiderme œdémateux et non par une prolifération épithéliale : c'est ce qui explique que les altérations de l'épiderme et du corps papillaire, malgré leur peu de gravité apparente, aient cependant duré si longtemps et se soient montrées si rebelles au traitement local.

Les auteurs ont choisi le nom de parakeratosis variegata pour cette affection nouvelle à cause de la bigarrure, de l'aspect tacheté, marbré, qui résulte de l'alternance et du rapprochement des parties saines et malades de la peau. En outre, l'éruption présentait des variations

de couleur, depuis la teinte rouge, jaune et rose des régions supérieures, jusqu'au rouge bleu des parties déclives (Traduction A. Doyon dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.*)

Tel a été le mémoire capital qui a posé la question.

En 1894, au IVe Congrès des dermatologistes allemands, Jadassohn (1) a présenté un malade atteint de ce qu'il a appelé un *exanthème spécial psoriasiforme et lichénoïde*, ou encore une *dermatitis psoriasiformis nodularis*. C'était un homme de 30 ans, atteint depuis 1890 de sa dermatose, qui avait sur le dos, sur la partie antérieure de la poitrine et sur les jambes, une éruption irrégulièrement disséminée et groupée, essentiellement constituée par des papules rouges de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une toute petite lentille, arrondies ou ovalaires et couvertes de fines squames. Quand on les grattait pour enlever les squames, elles avaient une tendance marquée à saigner, mais il n'y avait pas de gouttelettes isolées comme dans le psoriasis. Il n'y avait pas de prurit. Les muqueuses étaient indemnes. Au point de vue histologique, Jadassohn avait trouvé de l'infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux papillaires, une légère prolifération des cellules épineuses; le stratum granulosum était à peu près normal, et on trouvait des noyaux par places dans les cellules de la couche cornée. Le topique qui réussit le mieux fut l'acide pyrogallique.

Ce cas est extrêmement remarquable : il n'est pas identique à ceux d'Unna; il a des affinités beaucoup plus étroites avec le psoriasis.

Le professeur Jadassohn est encore revenu sur ce point en 1900 dans son article sur le lichen paru dans le *Festschrift de Kaposi* (2).

Le professeur Neisser (3) présenta en 1894, au IVe Congrès allemand de dermatologie, une malade atteinte sur tout le corps, sauf le cuir chevelu, d'une éruption bizarre dont la lésion élémentaire essentielle était une papule brillante, aplatie, rouge, arrondie ou anguleuse, couverte de fines squames, de la dimension d'une lentille.

En 1897, le Dr Fritz Juliusberg (4) fit connaître sous le nom d'*exanthème psoriasiforme et lichénoïde*, le cas d'une femme âgée

(1) Jadassohn. Ueber ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoïdes Exanthem, *Verhandlungen des IV Deut. Dermat. Congress*, 1894, p. 524.

(2) J. Jadassohn. Beiträge zur Kenntniss des Lichen, nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie. Chapitre II. Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica lichenoïdes.) *Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi*, Vienne, 1900.

(3) Professeur A. Neisser. Zur Frage der lichenoiden Eruptionen mit Krankendemonstrationen. *Verhandlungen des IV Deutschen Dermat. Congress in Breslau*, 1894.

(4) Dr Fritz Juliusberg. Ueber einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1897, t. XLI, p. 256.

de 23 ans, atteinte depuis longtemps d'une éruption généralisée tout à fait spéciale, caractérisée par de petites taches nettement limitées et des papules molles, la plupart arrondies, quelques-unes ovales, jaune rouge, presque jaune orange, recouvertes de squames. Quand on détachait les squames par le grattage il se produisait une hémorrhagie capillaire très irrégulière et très peu abondante. Il n'y avait que peu ou point de prurit. Le stratum corneum était fort épaissi, le corps muqueux de Malpighi normal ; les papilles étaient toutes infiltrées de petites cellules ainsi que les couches superficielles du chorion. L'auteur rapproche ce cas de celui que Jadassohn avait présenté au IVe Congrès des dermatologistes allemands.

En 1898, Félix Pinkus (1) publia le cas d'une femme atteinte depuis seize ans d'une éruption qui occupait toute la surface du corps, sauf le cuir chevelu, la face et les pieds qui étaient indemnes, et qui était composée de l'aggrégat d'efflorescences rouges de la grandeur moyenne d'une lentille, couvertes de minces squames et saignant un peu sous l'influence du grattage.

La même année Rona (2) présenta à la Société Hongroise des dermatologistes et urologistes un cas de la maladie de Jadassohn, chez un homme de 31 ans, dont la figure, la tête, la paume des mains étaient indemnes, et dont l'éruption était composée de macules et de papules aplaties, d'un rouge brunâtre, rondes ou ovalaires, de la grandeur d'une toute petite lentille, et couvertes de squames.

Tous ces documents d'origine allemande, ont été réunis et étudiés en 1899 dans un excellent travail de Fritz Juliusberg (3) sous le nom *Pityriasis lichenoides chronica*. Dans ce mémoire cet auteur en fait connaître deux nouveaux cas : le premier est celui d'une femme de 21 ans, atteinte depuis l'âge de 7 ans d'une éruption constituée par de nombreuses papules disséminées d'un rouge jaunâtre dont les dimensions variaient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une toute petite lentille, très peu surélevées, aplaties, recouvertes d'une fine squame d'un blanc jaunâtre : quand on enlevait la squame par le grattage on ne faisait pas saigner. Il y avait aussi de nombreuses macules rouges de la même grandeur que les papules. La face, le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds, les ongles étaient normaux. Les téguments offraient une résistance

(1) Felix Pinkus. Ein Fall von psoriasiformem und lichenoïdem Exanthem. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, t. XLIV, p. 77.

(2) Rona. *Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen*, 27 janvier 1898. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, t. XLVI, p. 147.

(3) Fritz Juliusberg. Ueber die Pityriasis lichenoïdes chronica (psoriasiform-lichenoïdes Exanthem). *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1899, t. L, p. 359.

extraordinaire à l'action locale des médicaments actifs tels que la chrysarobine et le pyrogallol.

Le second était celui d'un homme de 24 ans, atteint depuis un an d'une éruption qui était surtout intense sur les bras, la face dorsale des mains, des pieds, vers les aisselles et le scrotum. La figure était indemne. Les lésions élémentaires essentielles étaient des papules aplaties, lisses, rougeâtres, polygonales; les plus volumineuses étaient couvertes de fines squames, que l'on pouvait enlever par le grattage sans faire saigner. Au niveau de certaines de ces papules il y avait un léger degré d'infiltration.

Voici ce que Juliusberg a trouvé comme lésions histologiques dans ses deux cas : le stratum corneum n'est pas épaissi : les cellules renferment des noyaux. Le stratum granulosum est normal. Il y a quelques leucocytes entre les couches les plus inférieures des cellules épineuses. Dans la zone papillaire il existe une infiltration de leucocytes autour des vaisseaux.

Résumant les caractères communs à ses cas propres, à ceux de Neisser, de Jadassohn, de Pinkus et de Rona, Juliusberg fait remarquer que son *pityriasis lichenoides chronica* est une maladie de la jeunesse ou de l'âge adulte, que le visage est pour ainsi dire toujours indemne, qu'au début les lésions sont constituées par des efflorescences aplaties, lisses, de la grosseur d'une tête d'épingle, non squameuses, ressemblant à des éléments de lichen planus, que plus tard les papules se recouvrent d'une squame mince, argentée, que l'on peut enlever avec l'ongle sans faire saigner; les symptômes subjectifs sont fort légers ou manquent totalement; la peau est tout particulièrement résistante aux traitements externes, même au pyrogallol et à la chrysarobine. Nous venons de synthétiser plus haut les caractéristiques histologiques de cette dermatose.

Tels sont les travaux déjà parus en Allemagne sur ce sujet.

B. *Travaux français.* — Les publications françaises sont malheureusement des moins nombreuses.

En septembre 1897 nous avons fait paraître dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, Journal des Praticiens*, une clinique faite à l'hôpital Broca-Pascal sur ce que nous avons appelé les *Érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées.* Ces dermatoses, relativement assez fréquentes, du moins en France, sont caractérisées : 1° par une absence presque complète ou complète de prurit ; 2° par une évolution des plus lentes; 3° par une disposition en plaques circonscrites, assez bien limitées, de dimensions moyennes de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments ; 4° par une absence pour ainsi dire totale d'infiltration du derme; 5° par de la rougeur pâle un peu rosée ; 6° par une fine desquamation pityriasique.

Ce type diffère donc notablement de celui qui a été étudié en Allemagne par Unna, Santi, Pollitzer, Juliusberg; on n'y trouve pas, du moins dans les cas purs, car nous verrons plus loin qu'il y a des formes de passage entre ce type et le type allemand; on n'y trouve pas, disons-nous, les éléments papuleux, lichéniformes du début; ce n'est pas avec le lichen plan que ce type morbide a des affinités, mais avec le psoriasis ou, pour mieux dire, avec les séborrhéides pityriasiques et psoriasiformes. Ces affinités sont même tellement étroites qu'on pourrait se demander si l'on ne doit pas simplement le considérer comme une séborrhéide psoriasiforme particulière. Il s'en distingue par son indolence, sa marche beaucoup plus lente, sa pérennité, ses localisations, sa résistance aux médications locales, et histologiquement par ce fait qu'il n'y a qu'une fort légère infiltration papillaire, peu d'acanthose, et fort peu de parakératose.

La deuxième publication française sur le groupe de dermatoses que nous étudions est due à M. le Dr Eudlitz. Le 10 février et le 9 juin 1898 (1) il a présenté à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie une enfant de 12 ans, atteinte depuis 4 mois d'une éruption tout à fait particulière, et à laquelle il donna le nom *Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde*. « Sur tout le corps on trouvait en très grand nombre une série de macules rosées, des éléments érythémato-squameux en certains points, et des éléments nettement papuleux ou papulo-squameux en d'autres points; le grattage ne faisait pas saigner les papules... Les muqueuses étaient indemnes. Légère adénopathie cervicale à gauche. L'aspect général de l'éruption est absolument syphiloïde. » Les éléments avaient des dimensions qui variaient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une grosse lentille.

Voilà encore un type morbide à aspect objectif assez spécial. Ce n'est pas non plus avec le lichen plan qu'il a le plus d'affinités, mais avec les syphilides papuleuses, et surtout avec le psoriasis en gouttes.

Malheureusement, ces études n'ont pas été poursuivies en France (2).

Il nous faut maintenant, pour être complet, parler de quelques travaux qui viennent de paraître en Amérique et en Angleterre.

C. *Travaux américains*. — En décembre 1900, J. C. White (3)

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 132 et 552.

(2) Le jour même où nous avons communiqué ce travail à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le 1er avril 1902, le Dr Méneau présentait à cette même séance un nouveau cas de parakeratosis variegata. Voir *Annales de Dermatologie*, avril 1902, p. 315.

(3) J. C. White. Case of Brocq's erythrodermie pityriasique en plaques disséminées. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1900.

a fait paraître un intéressant travail sur nos Érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Il y relate deux cas : le premier chez un homme de 38 ans, malade depuis 12 ans pendant tous les hivers, indemne d'avril à l'automne. La figure et le cou étaient envahis comme le corps. L'éruption était constituée par des plaques d'une coloration variable, irrégulièrement arrondies, d'un demi-pouce à deux pouces de diamètre, confluentes par places, ne faisant aucune saillie au-dessus du niveau de la peau saine et ne donnant aucune impression d'infiltration cutanée. La rougeur disparaissait momentanément par la pression. Sur quelques-unes d'entre elles, surtout à la face, se voyait une fine desquamation. Sur le visage elles étaient d'un rouge vif, sur le tronc d'un brun clair rosé, et pour ainsi dire sans squames, sur les cuisses un peu plus foncées, et elles y présentaient des squames excessivement fines. Il n'y avait pas le moindre prurit. Au point de vue histologique, on trouvait un stratum corneum très mince sans noyaux dans les cellules ; le stratum lucidum manquait, le stratum granulosum était fort peu marqué : le corps muqueux de Malpighi était le siège d'un œdème inter-cellulaire marqué ; la couche germinative manquait en grande partie. Les papilles étaient bien développées et étaient le siège d'une infiltration de petites cellules avec des noyaux arrondis fortement colorables.

L'auteur discute le diagnostic de cette affection. Il démontre qu'il ne peut s'agir ni d'un psoriasis, ni d'un eczéma séborrhéique, ni d'un pityriasis rosé, ni d'un lupus érythémateux, ni d'un mycosis fongoïde au début, et il en fait à juste titre un cas de nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 36 ans dont la dermatose avait débuté deux ans auparavant sous la forme de petites macules de la grandeur d'un pois. Elles étaient un peu prurigineuses par moments, surtout le soir. Peu à peu les éléments grandirent : quand on put les observer ils avaient en moyenne de un à six pouces de diamètre ; ils étaient un peu squameux, et en les grattant légèrement on détachait en grande quantité des squames blanches, sèches, petites, mais sans faire saigner le derme sous-jacent qui était rouge. Quelques-unes de ces plaques donnaient à la vue, non au toucher, une vague idée de papulation. La teinte générale de ces lésions variait du rose délicat au café au lait. Sur les membres les éléments étaient beaucoup plus petits que sur le tronc. En quelques points on trouvait des lésions ressemblant à de l'eczéma séborrhéique sec.

La couche cornée était très variable d'épaisseur; par places on trouvait quelques cellules contenant des noyaux. Le stratum granulosum peu distinct ne renfermait presque pas d'éléidine. Le stratum

lucidum manquait. La couche germinative manquait presque complètement. A sa place on trouvait des lymphocytes. La couche épineuse était formée de cellules irrégulières qui se coloraient mal. Le derme était sillonné de prolongements épidermiques nombreux, longs et étroits qui formaient des sortes de larges papilles, lesquelles étaient infiltrées de lymphocytes surtout nombreux autour des vaisseaux. Par places on trouvait une mastzellen, pas de plasmazellen. Le tissu papillaire était incontestablement œdématié.

L'auteur fait remarquer que ce deuxième cas constitue une sorte de fait de passage entre le premier cas et l'eczéma séborrhéique.

Le Dr White cite encore un troisième cas chez une fillette de 9 ans qui présentait sur le tronc des plaques arrondies de un pouce et demi à 3 pouces de diamètre, et des anneaux de 2 à 3 pouces de diamètre isolés ou confluents, rouges, légèrement surélevés et finement squameux, un peu prurigineux. Mais il ne donne aucun détail précis sur ce fait.

Signalons en outre un travail récent de A. Ravogli sur un cas d'éruption érythémato-squameuse chez un enfant de trois ans, cas qu'il rapproche de nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées (1).

D. *Travaux anglais*. — Depuis 1898, la question qui nous occupe a été étudiée en Angleterre par divers auteurs. Cette même année, Allan Jamieson (2) présenta à la réunion annuelle de l'Association médicale britannique tenue à Edinburgh, trois cas insolites pour avoir l'avis de ses collègues à leur sujet. Il les considérait comme étant des variétés particulières de lichen planus. Son opinion fut partagée par les Drs M. Call Anderson et Payne. Malcolm Morris et Radcliffe Crocker songèrent à la possibilité d'éruptions prémycosiques.

Mais Unna, qui assistait à la séance, déclara que ces cas étaient des exemples des plus nets de sa parakeratosis variegata, et qu'ils différaient totalement à tous les points de vue du lichen planus. Le professeur Boeck crut, lui aussi, que ces cas étaient assimilables à ceux d'Unna ; il dit qu'il en avait vu plusieurs exemples dans sa pratique, et qu'il avait décrit lui-même cette affection sous le nom de *dermatitis variegata*.

Cette question ne tarda pas à être reprise sur des bases plus larges par le Dr Radcliffe Crocker (3). Le 12 décembre 1900, il pré-

(1) A. Ravogli. A case of Erythroderma squamosum. *The Journal of the American medical Association*, 13 juillet 1901.

(2) Allan Jamieson. *The British Journal of Dermat.*, 1898, p. 324.

(3) Voir Radcliffe Crocker. Lichen planus. *The British Journal of Dermat.*, déc. 1900, p. 433. — Radcliffe-Crocker, Colcott Fox. *Dermat. Soc. of London*, 12 déc. 1900 et 9 janv. 1901. — Mac Leod. *Dermat. Soc. of London*, 9 janv. 1901.

senta à la Société dermatologique de Londres, un homme de 23 ans, atteint depuis 18 mois d'une éruption qui s'était graduellement généralisée et qui s'accompagnait d'un léger prurit nocturne. Sur le tronc elle était composée de groupes vaguement circinés de papules miliaires pâles et un peu pourprées, de la grosseur d'une tête d'épingle, nullement squameuses. Sur les membres supérieurs l'éruption était plutôt réticulée et formée de papules ressemblant à celles du lichen plan ; sur les cuisses elle était disposée en macules rouges, parfois un peu squameuses. Les papules en disparaissant laissaient des points atrophiques. Le 9 janvier 1901, il en montra un autre cas chez un homme de 32 ans, atteint depuis 5 ans. L'éruption avait commencé par la face interne des avant-bras, puis elle s'était généralisée ; le froid l'aggravait. Il y avait partout des îlots de peau saine, ce qui donnait au malade un aspect bigarré. L'éruption était rouge sur le tronc, un peu violacée aux membres inférieurs et couverte d'une fine desquamation pityriasique ; elle formait des traînées en réseau anastomosé entourant des îlots de peau saine ; sur les bras certaines lésions ressemblaient tout à fait au lichen plan.

Dans son mémorable rapport sur la question du lichen plan, voici comment Radcliffe-Crocker s'exprimait sur ces faits qu'il dénomme *lichen variegatus*. « Les ressemblances cliniques de ces cas avec le lichen plan sont évidentes ; et, quoiqu'il y ait des différences suffisantes pour les en séparer, ils sont vraiment dignes d'être rangés dans la famille lichen : en adoptant pour eux le nom de *lichen variegatus*, nous avons l'avantage de laisser de côté le terme ennuyeux de parakératose qui s'applique au psoriasis, à l'ichtyose, au ringworm, etc. »

« Les caractères les plus importants de cette rare affection sont un développement et une évolution des plus lents, la maladie durant plusieurs années *sans prurit*, sans autres symptômes subjectifs. L'éruption peut se généraliser et même envahir la face, ce qui est tout à fait exceptionnel dans le lichen plan. La disposition générale est celle de bandes ou de plaques semi-confluentes encerclant des zones de peau saines, de telle sorte que l'aspect général est réticulé. Les plus grandes plaques sont érythémateuses et infiltrées ; les plus petites ressemblent au lichen plan récent, mais sont toutes couvertes de fines squames. Leur couleur varie du jaunâtre au rouge bleuâtre ; et, si les squames se détachent, la surface malade a un aspect brillant de cire ; les bords sont bien arrêtés, la teinte est plus foncée aux membres inférieurs. »

D'après Radcliffe Crocker, les cas décrits par Neisser, Jadassohn, Pinkus, sous le nom d'exanthème psoriasiforme et lichénoïde, les cas décrits par nous sous le nom d'érythrodermies pityriasiques en

plaques disséminées rentreraient dans le même groupe de faits. Il reconnaît cependant que nos cas n'avaient pas la même physionomie générale que les siens. Tout en rangeant ces faits à côté du lichen plan, il déclare avec netteté qu'ils constituent une affection indépendante.

Tout récemment T. Colcott Fox et J. M. H. Mac Leod ont fait paraître un travail des plus intéressants et des mieux soignés sur la *parakeratosis variegata* (1). Ils y relatent le cas d'un homme de 36 ans, qu'ils ont montré le 14 novembre 1900 à la Société dermatologique de Londres. Sa dermatose avait débuté 5 ans et demi auparavant par une plaque sèche squameuse, à la région lombaire ; quand il s'en aperçut elle avait déjà les dimensions de la paume de la main ; puis peu à peu tout le corps fut envahi, à l'exception de la face. L'éruption formait des bigarrures d'un jaune rougeâtre en lacis, encerclant des plaques de peau qui n'étaient que modérément rouges, et qui avaient 2 ou 3 millimètres de diamètre. Les fils du réseau avaient environ un millimètre de large, parfois davantage : ils résultaient de la coalescence de nombreuses macules d'un jaune rougeâtre, ou d'un rouge brique, ou de papules légèrement saillantes couvertes de fines squames. Cet aspect était surtout évident sur le tronc ; sur le dos et sur le ventre, il était plus difficile de distinguer le réseau, et l'éruption y était plus en plaques et plus squameuse. Sur les bras les éléments papuleux étaient plus nets, anguleux, aplatis au sommet, parfois brillants et laiteux, de manière à rappeler le lichen planus. Les paumes des mains étaient épaissies et comme indurées. Les ongles étaient sains. Il y avait du pityriasis du cuir chevelu.

Au point de vue histologique une papule excisée présentait les lésions suivantes : les capillaires sous-épidermiques étaient dilatés, et dans leur voisinage se voyait une infiltration de petites cellules. Les tractus fibreux voisins étaient raréfiés et œdématiés. Le corps papillaire était aplati et avait presque complètement disparu. Dans l'infiltrat il n'y avait ni plasmazellen, ni mastzellen. Par places il était difficile de voir nettement la ligne de démarcation entre l'épiderme et le derme. L'épiderme était aminci : il y avait de l'œdème intercellulaire et quelques leucocytes dans les espaces intercellulaires dilatés. Les cellules de la couche granuleuse étaient œdématiées ; par places elles manquaient. Il n'y avait pas de stratum lucidum. On ne trouvait que par places des noyaux dans les cellules de la couche cornée et en ces points la couche granuleuse faisait défaut.

Après avoir décrit leur observation avec force détails, Colcott Fox

(1) T. Colcott Fox et J. M. H. Mac Leod. On a case of Parakeratosis variegata. *The British Journal of Dermat.*, sept. 1901, p. 319.

et Mac Leod analysent les travaux déjà parus et que nous venons de citer. Ils mentionnent une lettre du Dr Allan Jamieson datée du 28 février 1901, d'après laquelle il semble qu'un des trois malades qu'il avait présentés à la réunion d'Edinburgh et sur lesquels Unna avait posé le diagnostic de parakeratosis variegata, soit devenu depuis lors un cas de mycosis fongoïde, ce qui confirmerait les réserves formulées à cette même réunion par Malcolm Morris et Radcliffe Crocker.

Il font ensuite ressortir les profondes différences qui séparent leur cas du psoriasis vrai, son aspect réticulé, les macules et les papules du début qui le rapprochent plutôt du lichen, les squames qui sont plutôt pityriasiques, l'absence de phénomènes subjectifs, la résistance aux traitements locaux, l'absence de prolifération épithéliale, la présence de la couche granuleuse, le peu ou point de parakératose, l'absence entre les lamelles du stratum corneum des petites collections de leucocytes qui sont si caractéristiques du psoriasis.

Les squames de ce cas ne ressemblaient pas non plus à celles de l'eczéma seborrhoicum ; cependant histologiquement les analogies avec cette dernière affection sont assez accentuées, sauf que jamais l'œdème interépithélial n'a atteint le stade de la vésiculation et qu'il n'y a pas d'acanthose.

Colcott Fox et Mac Leod font ressortir la ressemblance presque parfaite de leur cas avec les érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées dont il diffère cependant en ce qu'il est caractérisé par un aspect réticulé, mais surtout avec le pityriasis lichenoïdes chronica de Juliusberg, le lichenoïdes und psoriasiformis exanthem de Neisser et la dermatitis psoriasiformis nodularis de Jadassohn qui sont pour ainsi dire identiques à leur cas au point de vue clinique et histologique. L'eigenartiges psoriasiformis und lichenoïdes exanthem de Jadassohn en diffère quelque peu : il constitue une sorte de fait de passage entre la parakeratosis variegata et le psoriasis.

Envisageant ensuite la question d'un peu plus haut, les auteurs font remarquer que tous ces cas ont pour caractères communs d'être constitués par une inflammation superficielle circonscrite aux couches papillaire et sous-papillaire avec dilatation des capillaires, œdème, infiltration cellulaire, par un œdème interépithélial, et un processus défectueux de kératinisation. Les cellules épineuses sont œdématiées ; on y voit çà et là une dilatation des espaces nucléaires ; mais cette lésion n'est jamais assez accentuée pour former l'altération cavitaire de Leloir et une vésicule parenchymateuse, et, d'autre part, l'œdème interépithélial n'est pas suffisant pour donner naissance à une vésicule par exagération de l'état spongoïde.

L'étude des coupes de leur cas ne donnait pas l'idée d'un œdème

interépithélial produit par une chimiotaxie positive, conséquence de l'action irritante de microorganismes, mais bien plutôt celle d'un œdème dû à un trouble vaso-moteur des vaisseaux superficiels. Cela pourrait expliquer dans une certaine mesure la résistance toute particulière au traitement local.

Les auteurs pensent que la parakeratosis variegata est un des membres d'un groupe de maladies pour lesquelles on n'a pas encore de nom générique et pour lesquelles ils proposent celui de *resistent maculo-papular scaly erythrodermias.*

Ils font rentrer dans ce groupe les dermatoses suivantes :

1° Érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées (Brocq) ;
2° Dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn) ;
3° Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg) ;
4° Lichenoïdes psoriasiform exanthem (Neisser);
5° Parakeratosis variegata.

Ces dermatoses sont tout à fait voisines les unes des autres, et elles ne diffèrent au point de vue clinique et histologique que par le mode de groupement et l'arrangement général des lésions initiales.

Voici leurs conclusions :

1° La parakeratosis variegata est une entité clinique.

2° Elle attaque principalement le sexe masculin, les adultes robustes. On n'en connaît pas l'étiologie, bien que par son aspect général et par son histologie, elle donne l'idée d'un trouble vaso-moteur avec œdème et infiltration cellulaire du chorion, puis modifications secondaires de l'épiderme.

3° La lésion initiale est une macule, ou une papulo-macule petite, aplatie, couverte de fines squames adhérentes qui peuvent être détachées par le grattage sans que l'on fasse saigner.

4° Les lésions en devenant confluentes forment un réseau d'aspect particulier encerclant des plaques de peau normale ; en outre, il y a des différences de couleur assez marquées suivant les diverses régions du corps : ce qui donne à l'éruption une physionomie morbide ou bigarrée des plus caractéristiques.

5° Le corps est d'ordinaire envahi dans sa presque totalité sauf la face, le cuir chevelu, les paumes des mains et la plante des pieds.

6° L'affection est sujette à des rémissions et à des exacerbations ; mais elle est particulièrement chronique dans son évolution.

7° Il n'y a point de symptômes subjectifs accentués.

8° L'éruption résiste d'une étrange manière au traitement.

9° Elle consiste histologiquement en une inflammation superficielle qui affecte la couche papillaire du chorion avec dilatation des vaisseaux, œdème, infiltration cellulaire, état œdémateux de l'épiderme, et plus ou moins de défectuosité dans le processus de kératinisation.

Le 22 janvier 1902, le D[r] Abraham a présenté à la Société derma-

tologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande un cas de parakeratosis variegata chez une jeune femme de 22 ans. Ce cas nous paraît un peu discutable, aussi nous contenterons-nous de le mentionner (1).

Pour être complet, nous devons enfin citer un travail du Dr V. Casoli sur les *dermatoses squameuses anomales*, travail dans lequel il parle du pityriasis lichenoides de Juliusberg, et de nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées : il relate même une observation personnelle de cette dernière forme morbide (2).

Étude synthétique des parapsoriasis.

Dès 1897, dans notre travail sur les érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées, nous nous étions déjà exprimé en ces termes : « D'après les quelques malades de ce type morbide que nous avons pu observer, il nous semble que dans ces érythrodermies pityriasiques en plaques, il doit y avoir plusieurs sous-variétés.

« L'une d'elles, et des plus nettes comme type, est incontestablement celle que vous avez devant vous. J'en ai vu d'autres exemples chez des hommes adultes et même chez des enfants. Chez l'un d'eux âgé de 13 ans, la dermatose, qui datait de plusieurs années, et qui ne s'accompagnait d'aucune démangeaison notable, était caractérisée par des plaques arrondies ou ovalaires, plus rarement irrégulières, un peu pigmentées, d'un rouge légèrement bistré, à peine infiltrées, présentant à leur surface des soupçons de quadrillages, et recouvertes de fines squames d'un blanc grisâtre, qui devenaient sur es plaques les plus développées un peu micacées par le grattage. Elles siégeaient surtout aux cuisses, un peu aux hanches, elles étaient à peine marquées sur les avant-bras. Elles paraissaient s'accentuer pendant l'été.

« A côté de ce type, il y en a certainement d'autres : celui qu'Unna a spécialement décrit sous le nom de parakeratosis variegata ; un autre encore dans lequel les éléments éruptifs, qui ne sont pas non plus prurigineux, sont assez minuscules, de la dimension d'une tête d'épingle, d'un pois, de l'ongle ; leur teinte est d'un rose pâle un peu bistré ; ils sont recouverts de squames qui deviennent nacrées par le grattage; ils peuvent par confluence former des plaques ; quand on les regarde obliquement, ils donnent une impression de légère dépression du derme ; on hésite, en les voyant, entre un lichen atrophique ou un psoriasis avorté (3). »

(1) Voir *The British Journal of Dermat.*, mars 1902, p. 99-100.

(2) V. Casoli. Dermatosi squamose anomale. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, p. 719, 742 et 749.

(3) Ce paragraphe contient sans doute une erreur : il est probable que la parakeratosis variegata d'Unna et le type dont nous parlons ensuite ne constituent

« Un autre groupe des plus importants comprend des faits dans lesquels le prurit existe et domine même souvent la scène morbide. Ici la différentiation d'avec les éruptions prémycosiques devient beaucoup plus difficile. »

Ainsi donc dès cette époque, bien avant les travaux des dermatologistes anglais, nous avions vu les affinités de certains de ces faits avec le lichen plan d'une part, avec le mycosis fongoïde d'autre part.

Depuis lors nous en avons observé de nouveaux cas; nous les avons beaucoup étudiés au point de vue clinique, et d'après notre seule expérience personnelle, faisant même abstraction de tout ce qui a été écrit par les divers auteurs précédents qui semblent n'avoir vu chacun que de très rares faits, nous croyons encore plus qu'en 1897 qu'il est nécessaire d'établir des formes cliniques assez distinctes.

Nous allons maintenant essayer de les préciser en n'utilisant que les cas que nous avons vus nous-même, pour ne pas nous exposer à des erreurs d'interprétation en essayant d'apprécier et de classifier des documents d'après la simple lecture des observations.

Disons tout de suite que nous avons choisi pour tout ce groupe de faits la dénomination fort discutable, mais courte et non encore utilisée, de *Parapsoriasis*. Elle a pour avantage d'indiquer que ces dermatoses ont de réelles affinités avec le psoriasis, mais qu'elles ne peuvent cependant être considérées comme de simples variétés de cette affection. Nous venons de voir par l'analyse des travaux déjà publiés, et nous ferons ressortir en analysant nos observations personnelles, que certaines d'entre elles ont de très frappantes ressemblances avec le lichen ruber et que ces variétés pourraient par conséquent être tout aussi bien dénommées *paralichens*. On pourra, si l'on veut, conserver ce nom pour les désigner d'une manière plus précise. Mais, en somme, quand on considère tout l'ensemble du groupe, on ne tarde pas à se convaincre que les affinités de la plupart des variétés objectives vont surtout vers les psoriasis et les séborrhéides : nous préférons donc pour la dénomination générale le mot de parapsoriasis au mot de paralichen. Certes le mot de parapsoriasis est bien vague et il pourrait s'appliquer en réalité à une foule d'autres dermatoses que celles que nous étudions, en particulier aux séborrhéides psoriasiformes et pityriasiques. Mais il ne nous répugnerait

qu'une seule et même forme morbide. Ce qui nous avait trompés sur ce point en 1897 c'est que nous avions eu l'occasion de revoir à plusieurs reprises en 1894, 1895, 1896 et 1897 le malade qui avait servi à Unna pour établir sa parakeratosis variegata, et que, lorsque nous avons pu l'observer, son éruption n'avait plus tout à fait le même aspect que lorsqu'Unna l'avait étudiée. Elle formait des plaques assez uniformes, dans lesquelles on ne trouvait plus vestige de papules ; quelques-unes étaient infiltrées.

nullement de voir les séborrhéides faire partie de ce nouveau groupe, d'autant plus qu'entre les séborrhéides pityriasiques, les séborrhéides psoriasiformes d'une part, et nos érythrodermies pityriasiques en plaques d'autre part, il n'y a pour ainsi dire pas de lignes de démarcation précises : ces groupes morbides sont reliés étroitement entre eux par une gamme insensible de faits de passage (1).

Schème clinique des parapsoriasis. — Si nous envisageons d'un peu haut toute la série des faits cliniques que nous avons vus et qui se rapportent au groupe morbide dont nous avons entrepris l'étude, nous voyons qu'on peut les diviser en trois variétés principales (2).

Première variété (très proche du psoriasis). — *Parapsoriasis en gouttes* (c'est très probablement à ce type que se rapportent les cas de Jadassohn).

Caractérisée objectivement par une éruption maculeuse et papulo-squameuse aplatie sans infiltration notable du derme, variant comme teinte du rose un peu bistre au rouge brunâtre suivant les localisations, peu ou point prurigineuse, ne donnant pas au coup d'ongle le piqueté hémorrhagique et la surface lisse et luisante du psoriasis, mais ayant parfois une certaine tendance à saigner par le grattage, ressemblant dans son ensemble à une éruption de syphilis secondaire sans infiltration, ou à un psoriasis en gouttes avorté, localisée surtout au tronc et aux membres, laissant presque toujours indemnes la face et les extrémités, ayant une évolution lente, et offrant une grande résistance au traitement local (3).

(1) Il y aurait même là une solution toute simple aux objections réellement fondées que l'on a faites et que nous avons faites nous-même à la dénomination de séborrhéides. Les termes de parapsoriasis pityriasiques et de parapsoriasis psoriasiformes ne prêteraient à aucune ambiguïté et n'appelleraient guère la discussion. Il n'y aurait d'ailleurs aucune confusion à redouter entre ces dermatoses et celles que nous étudions dans cet article, puisque ces dernières sont désignées par d'autres épithètes accolées au mot générique de parapsoriasis. On aurait, en outre, l'avantage de mettre ainsi en relief les étroites affinités qu'ont entre elles toutes ces affections.

(2) Nous avions cru tout d'abord qu'on pouvait les diviser en quatre variétés principales : la quatrième étant la parakeratosis variegata d'Unna, Santi, et Pollitzer elle-même. Et cela parce que, comme nous l'avons dit plus haut dans une note, nous avions vu le malade d'Unna alors que la physionomie première de son éruption était complètement adultérée. Maintenant que nous avons étudié avec soin les diverses publications étrangères, nous sommes convaincu que la parakeratosis variegata d'Unna, Santi, et Pollitzer et que le lichen variegatus de Radcliffe Crocker ne constituent qu'une seule et même variété. Les dermatoses de ce type qui subissent ultérieurement de grandes modifications d'aspect et qui s'infiltrent ne sont très probablement que des formes insolites de début de mycosis fongoïde. (Voir plus haut ce que nous en disions déjà en 1897.)

(3) La squame peut former une sorte de bloc corné, aplati, simulant tout à fait un pain à cacheter, d'un jaune un peu brunâtre, posé sur la peau ; par le grattage, elle se détache alors d'une seule pièce.

Deuxième variété (intermédiaire au lichen et au psoriasis). — *Parapsoriasis lichénoïde* (c'est la parakeratosis variegata d'Unna, le lichen variegatus de Radcliffe Crocker).

Caractérisée objectivement au début par des papules minuscules de la grosseur d'une tête d'épingle, aplaties, brillantes et ressemblant alors à des papules de lichen plan avortées, sauf la couleur qui est plus vive, parfois déprimées et ayant l'aspect atrophique, parfois plus volumineuses et légèrement squameuses, ne donnant jamais alors au coup d'ongle les caractères du psoriasis, peu ou point prurigineuses, ayant de la tendance à former des réseaux à travées plus ou moins étroites, sinueuses et irrégulières, encerclant des zones plus ou moins larges de peau saine ou à peu près saine, formant aussi dans certains cas des plaques irrégulières, plus ou moins étendues et dans ce cas constituant des formes de passage vers la troisième variété ; ayant des colorations variables, du rose pâle au rouge bleuâtre suivant les localisations, et par suite donnant dans son ensemble un aspect général bigarré au malade; localisée surtout au tronc et aux membres, laissant presque toujours la face indemne; ayant une évolution des plus lentes et offrant une grande résistance au traitement local.

Troisième variété (très proche des séborrhéides psoriasiformes). — *Parapsoriasis en plaques* (ce sont nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées — celles de J. C. White).

Caractérisée objectivement par des plaques circonscrites, assez bien limitées, de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments, d'une teinte variant d'un roux pâle au rouge bistre ou livide suivant les sujets et suivant les localisations, présentant une fine desquamation pityriasique plus ou moins marquée suivant les sujets, mais qui peut faire défaut, ne donnant jamais au coup d'ongle les caractères du psoriasis, semblant parfois en certains points être constituées par des aggrégats de petites papules aplaties et dans ce cas pouvant être considérées comme des faits de passage vers la deuxième variété, sans infiltration appréciable des téguments à la vue ou au toucher, n'envahissant que fort rarement la face, ne donnant que peu ou point de sensations subjectives, évoluant avec une extrême lenteur, et offrant une résistance des plus grandes au traitement local.

Tel est le *schème clinique* des trois variétés.

Schème histologique du parapsoriasis. — Au *point de vue histologique* leurs affinités entre elles sont des plus évidentes.

Dans les *parapsoriasis en gouttes* il y a de l'infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux papillaires dilatés, une légère prolifération des cellules épineuses, des noyaux en certains points dans les cellules de la couche cornée; le stratum granulosum manque par

places; ces lésions, comme il fallait s'y attendre, se rapprochent singulièrement de celles du psoriasis.

Dans les *parapsoriasis lichénoïdes* il y a de l'infiltration de petites cellules rondes autour des vaisseaux papillaires dilatés, de l'aplatissement des papilles, une tendance à leur disparition, de l'œdème très accentué des parties supérieures du derme et de l'épiderme, une presque disparition de la couche germinative, de la dilatation des espaces intercellulaires de la couche épineuse et quelques leucocytes dans ces espaces, de l'œdème des cellules de la couche granuleuse qui manque par places, et au niveau de ces derniers points seuls de la conservation des noyaux dans les cellules de la couche cornée; le stratum lucidum manque. Sur les coupes l'infiltrat dermique forme des foyers très nets correspondant aux papules visibles.

Dans le *parapsoriasis en plaques*, il y a une infiltration beaucoup plus diffuse du corps papillaire, infiltration composée de petites cellules rondes, surtout nombreuses autour des vaisseaux qui sont dilatés; le corps papillaire est manifestement œdématié, la couche germinative manque en grande partie; la couche épineuse est le siège d'un œdème intercellulaire et intracellulaire très accentué, le stratum lucidum manque, le stratum granulosum peu distinct ne renferme presque pas d'éléidine; dans la couche cornée on ne trouve que quelques rares cellules ayant des noyaux.

Telle est la physionomie générale du groupe que nous étudions. Voici maintenant nos documents personnels, la courte relation des faits que nous avons vus.

Faits personnels.

Première variété. — Parapsoriasis en gouttes.

Nous avons vu trois cas types de cette variété. L'un à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, où il a été présenté le 10 février 1898, par M. le Dr M. Eudlitz, sous le nom de psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde (1); un deuxième, que nous allons publier, dans notre clientèle de ville; nous en observons un troisième des plus remarquables, à l'heure actuelle, dans notre service de l'hôpital Broca; notre élève très distingué, M. Civatte, l'étudie à fond, à tous les points de vue, pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Voici un résumé du cas du Dr Eudlitz : « Sur tout le corps se trouvait en très grand nombre une série de macules rosées, des éléments érythémato-squameux en certains points, et des éléments nettement papuleux ou papulo-squameux en d'autres points; le grattage ne faisait pas saigner les papules ». Les éléments

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 132 et 552.

avaient chez cette malade, qui était âgée de 12 ans, des dimensions variant de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 20 centimes en argent. L'avis général des membres de la Société présents à cette séance, de MM. Eudlitz, Besnier, Darier, etc., fut qu'il s'agissait d'un psoriasis en gouttes. Telle ne fut pas notre opinion, et voici en substance (1) ce que nous avons dit à propos de cette malade dès sa première présentation à la Société : « Depuis six mois je tiens en observation une malade analogue à celle de M. Eudlitz, couverte d'éléments plus petits, mais identiques d'aspect. J'ai pensé, chez elle, aux affections parakératosiques décrites par Unna, Santi, et Pollitzer comme voisines du psoriasis, et que j'ai étudiées dans une leçon clinique. Le traitement mercuriel m'a donné des résultats incertains, et décidément j'élimine la syphilis. »

Malgré ce qu'en ont dit à la même séance MM. Eudlitz et Darier, il était impossible de faire de cette malade un simple cas de psoriasis en gouttes. Il manquait, en effet, le signe objectif pathognomonique du psoriasis : la squame blanche nacrée d'un blanc si caractéristique, au-dessous de laquelle par le coup d'ongle on met à nu la surface lisse, luisante, parsemée du petit piqueté hémorrhagique que l'on doit considérer jusqu'à plus ample informé comme le critérium objectif typique du psoriasis. Et d'ailleurs, il est presque inutile de faire remarquer que si ce critérium avait existé, il n'y aurait pas eu de discussion à propos de ce cas qui n'aurait été qu'un vulgaire psoriasis en gouttes. Mais c'est parce que ce critérium manquait que le Dr Eudlitz a été embarrassé, c'est parce qu'il manquait que nous avons cru devoir ranger ce cas dans un autre groupe morbide, celui que nous étudions en ce moment, et qui, bien que très voisin du psoriasis, ne peut être confondu avec lui.

Le cas auquel nous avions fait allusion dans cette séance, était peut-être encore plus net comme physionomie d'affection bien spéciale.

Observation I. — *Cas personnel inédit de parapsoriasis en gouttes.* — Il s'agissait d'une jeune femme de 26 ans, bien portante jusqu'alors, qui, depuis 4 ou 5 mois, avait vu se développer graduellement sur tout le corps, tronc, membres inférieurs, membres supérieurs, sauf la face qui est toujours restée indemne, une éruption composée d'éléments aplatis, dont les dimensions variaient de la grosseur d'une petite tête d'épingle à celle d'une lentille. Leur coloration était assez variable suivant les régions. Sur les membres supérieurs et sur le thorax ils étaient d'un rose assez pâle, un peu bistre par places, vers le bassin et sur les cuisses d'un rouge assez foncé, sur les jambes d'un rouge livide.

Leurs limites étaient assez nettes quoique non tracées linéairement,

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 134.

comme celles des papules de lichen plan, par exemple. Elles étaient même peut-être un peu moins précises que celles des papules typiques de syphilis secondaire.

Sur les avant-bras on en trouvait un certain nombre de lisses, unies, non squameuses, au niveau desquelles l'épiderme paraissait être légèrement plissé, ou bien tendu comme sur des papules de syphilis desquamées. Mais presque toutes étaient un peu squameuses. Par le coup d'ongle la squame devenait plus blanche, nacrée; elle se détachait assez facilement, n'ayant pas beaucoup d'épaisseur, mais on ne trouvait au-dessous d'elle qu'un derme rouge ou rosé selon les régions, jamais la surface lisse, luisante parsemée d'un petit piqueté hémorrhagique caractéristique du psoriasis.

L'éruption était partout discrète, en ce sens que nulle part les petits éléments ne confluaient de manière à former de larges plaques: partout ils étaient distincts les uns des autres. Par contre, en certaines régions, face antérieure des avant-bras, et surtout face antérieure des poignets, bas-ventre, reins, cuisses, ils étaient extrêmement nombreux, presque serrés les uns contre les autres. L'éruption était moins abondante sur la poitrine, sur les seins, sur le dos, sur les jambes. Cependant les éléments éruptifs n'y étaient guère distants les uns des autres de plus de un à deux centimètres. En somme, le corps dans sa totalité était en quelque sorte criblé.

L'examen attentif des muqueuses buccale, gutturale, vaginale, ne révélait aucune lésion. Les ganglions inguinaux et cervicaux étaient un peu volumineux, durs et indolents.

La malade n'avait ni céphalées, ni troubles généraux d'aucune sorte; elle n'éprouvait aucun prurit au niveau de l'éruption. Les urines étaient normales.

Lors de notre premier examen nous fûmes fort embarrassé, et nous crûmes d'abord à une éruption de syphilis secondaire. Cependant nous ne mîmes la malade au traitement mercuriel qu'après une quinzaine de jours d'observation. L'effet de cette médication fut absolument nul sur l'éruption. Au bout de six semaines d'administration ininterrompue de liqueur de van Swieten aux doses de 30 grammes par jour, nous nous vîmes dans la nécessité de renoncer à notre hypothèse d'infection syphilitique d'origine inconnue.

D'ailleurs les lésions éruptives ne présentaient ni l'infiltration, ni l'aspect véritable des syphilides papuleuses typiques: la desquamation était centrale, jamais périphérique; le derme n'était nullement épaissi. Il n'y avait pas non plus de formation péripilaire pouvant faire penser à une syphilis acnéique.

D'autre part, il n'y avait pas non plus les caractères objectifs du psoriasis.

C'est alors que nous nous arrêtâmes à l'hypothèse d'une de ces affections encore mal connues voisines du psoriasis, mais n'en étant pas, du même ordre que nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées, mais d'un autre aspect objectif.

Nous soumîmes donc notre malade aux médications locales qui nous avaient donné des résultats dans nos érythrodermies pityriasiques en plaques, et nous ne tardâmes pas à reconnaître, après plusieurs tâtonne-

ments, qu'ici encore, comme pour les érythrodermies pityriasiques, la médication locale de choix consistait à irriter fortement les téguments avec des préparations salicylées pyrogallées fortes, puis à les calmer avec des cérats ou des cold creams, puis à reprendre les pommades fortes, et ainsi de suite jusqu'à disparition totale de l'éruption. Nous pûmes ainsi arriver à guérir notre malade au bout de quelques mois.

Obs. II. — C'est le cas que nous avons signalé plus haut et que nous observons en ce moment à l'hôpital Broca ; nous ne publierons pas ici, *in extenso*, cette observation que nous réservons à M. Civatte. En voici un court aperçu : Jeune fille de 13 ans, assez bien portante, un peu frêle ; elle est atteinte depuis 6 ans d'une dermatose qui occupe les membres supérieurs et inférieurs, le tronc dans sa totalité. La figure semble être encore indemne ; il y a un peu de pityriasis du cuir chevelu. L'éruption est constituée par des taches superficielles, sans la moindre infiltration appréciable du derme, à peine rosées, arrondies, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes ou de 50 centimes en argent, disséminées sans ordre apparent, parfois très rapprochées, mais toujours distinctes les unes des autres ; il est fort rare qu'elles arrivent à se toucher. Elles sont recouvertes de squames sèches, d'un gris un peu brunâtre, devenant blanchâtres par le grattage, semblant être constituées d'une seule pièce pour chaque élément, et simulant assez exactement des sortes de pains à cacheter posés sur les téguments. Avec quelques précautions on peut détacher en entier sans la déchirer, la squame de chaque élément, et on trouve au-dessous d'elle un derme à peine rosé, sans le piqueté hémorrhagique du psoriasis. Il n'y a pas de phénomènes subjectifs. Les paumes des mains, les plantes des pieds et les ongles sont indemnes.

Le type éruptif dont les deux observations précédentes sont des exemples des plus purs, paraît des plus nets, et en fouillant dans nos anciennes notes nous en avons retrouvé quelques exemples. Voici une de ces observations prises en un temps où notre attention n'avait pas encore été suffisamment éveillée sur ces faits. Nous transcrivons textuellement :

Obs. III. — *Psoriasisation légère et superficielle des téguments.* — G..., âgé de 12 ans, extrêmement impressionnable, est fils d'un père rhumatisant, mort à 35 ans d'une affection cardiaque, et d'une mère fort nerveuse, quoique bien portante, actuellement âgée de 45 ans.

Il y a 4 ans, à la suite d'une peur violente, il vit dès le lendemain survenir sur les deux jambes des lésions cutanées analogues à celles qu'il présente encore aujourd'hui.

Depuis cette époque cette éruption a toujours persisté, mais elle présente de grandes variations d'intensité suivant les diverses périodes où on l'observe. D'une manière générale elle augmente pendant l'été, dès que surviennent les chaleurs, et elle diminue pendant l'hiver.

Jamais elle ne s'est accompagnée ni de prurit, ni d'un autre phénomène subjectif. Jamais elle n'a paru agir en mal sur l'état général de la santé.

Jusqu'à l'été dernier les jambes seules avaient été prises. A cette époque les bras ont été envahis. Il n'y a jamais eu ni pellicules, ni croûtes dans les cheveux.

Au moment où l'on observe le malade il présente sur les jambes, les bras, et un peu sur la poitrine, une éruption qui consiste en de tout petits éléments superficiels de la grandeur d'une tête d'épingle ou d'une demi-lentille, arrondis, nettement distincts les uns des autres, ne formant nulle part de grandes plaques par confluence.

Quand on les gratte légèrement, on met en évidence une squame sèche, nacrée, formant la tache de bougie, mais peu accentuée, car la desquamation est peu épaisse, et la squame des plus minces. On arrive tout de suite sur un derme à peine rosé, très pâle, sans aucun piqueté hémorrhagique ; au niveau de certains éléments la teinte rosée est même à peine perceptible.

Ces éléments sont surtout nombreux à la face postérieure de l'avant-bras ; sur les cuisses on en retrouve quelques-uns, quoiqu'ils soient moins nombreux, mais un peu plus larges ; ils y atteignent les dimensions d'une forte lentille. Aux membres inférieurs ils sont surtout abondants vers la face interne des cuisses, au voisinage des genoux. Cependant on ne peut dire que l'éruption soit parfaitement symétrique.

On trouve quelques éléments fort discrets sur la poitrine; le dos est indemne.

(Observation prise par M. Bodin (Léonce-Gabriel), interne du service.)

Deuxième variété. — Parapsoriasis lichénoïde.

Au premier abord il semble que cette variété doive être confondue avec la précédente : les deux en effet sont caractérisées par de petits éléments arrondis ou ovalaires, rouges ou rosés, pouvant être un peu squameux, non prurigineux, ayant à peu près les mêmes localisations habituelles. Mais, tandis que la précédente variété a des affinités réelles avec le psoriasis en gouttes, et qu'elle est dans toute la force du terme un parapsoriasis, celle-ci a surtout des affinités avec le lichen plan ; c'est en réalité un paralichen, bien plus qu'un parapsoriasis. En effet, ses éléments sont plus constamment minuscules que ceux de la précédente variété ; ils n'ont presque jamais des dimensions supérieures à celles d'une tête d'épingle ; ils ont parfois un aspect brillant, comme nacré, et simulent des papules de lichen plan, sauf leur coloration qui est d'un rouge plus framboisé. Quelques-uns ont même une apparence atrophique. Quand ils confluent, ce qu'ils font beaucoup plus facilement que les lésions élémentaires de la première variété, ils donnent naissance à des réseaux ou à des plaques dont la rougeur assez vive rappelle celle du pityriasis rubra bénin.

Nous renvoyons d'ailleurs pour plus de détails aux travaux d'Unna, de Juliusberg, de Radcliffe Crocker et de Colcott Fox. C'est en effet cette variété qui a été surtout étudiée à l'étranger sous différents

noms, mais surtout sous ceux de parakeratosis variegata et de lichen variegatus.

Les faits personnels qui s'y rapportent et que nous allons maintenant relater se moulent assez bien sur les descriptions de ces auteurs, sauf pour ce qui a trait à l'infiltration des téguments, que nous n'avons jamais observée dans cette forme objective.

Obs. IV. — En avril 1901, nous avons été consulté par une malade âgée de 31 ans, habitant la province, qui depuis 4 à 5 mois avait vu se développer peu à peu, d'abord sur ses bras, puis sur ses membres inférieurs, enfin sur le tronc, une éruption graduellement envahissante, mais qui ne s'accompagnait d'aucun prurit, d'aucun phénomène subjectif.

Les médecins de la ville qu'elle habitait n'ayant pu lui dire ce que c'était, et n'ayant pu surtout arrêter la marche extensive du mal, elle s'était décidée à venir consulter un spécialiste à Paris.

Au premier abord l'éruption qu'elle présentait semblait constituée par des éléments assez dissemblables.

Vers la face antérieure du poignet se voyaient de petits éléments arrondis ou ovalaires à limites assez peu nettes, quoique franchement circonscrits et d'aspect pseudo-papuleux, bien que les téguments ne parussent pas être notablement infiltrés à leur niveau. Leurs dimensions variaient de celles d'une fine à celles d'une grosse tête d'épingle. Leur couleur était d'un rouge assez vif, presque un peu framboisé par places, par places simplement rosé. Quelques-uns étaient lisses et leur surface brillait sous les incidences de lumière comme des papules de lichen plan. La plupart étaient plus ternes et légèrement squameux. Par le grattage on soulevait une fine squame, mince; mais ce caractère n'était pas constant.

Ces éléments étaient surtout abondants à la face antérieure des avant-bras avec maxima vers les poignets et le pli des coudes. Ils y existaient à l'état isolé, séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine, mais aussi à l'état confluent, et formaient alors des sortes de plaques irrégulières disposées en bandes, en traînées, en circinations incomplètes, encerclant des zones de peau saine. Au niveau de ces plaques la peau était d'un rouge de teinte variable, rosé ou assez vif ; elle ne paraissait pas infiltrée, et était recouverte de quelques petites squames sèches, pityriasiques.

Cet aspect de plaques rouges irrégulières en traînées et en circinations incomplètes était surtout évident sur les bras où l'éruption avait son maximum vers leur face interne. Il n'y avait en cette région que fort peu d'éléments isolés, de telle sorte que la première impression était celle d'un pityriasis rubra bénin en voie d'extension. Cependant, quand on avait étudié avec soin les lésions de l'avant-bras, on retrouvait même sur les bras le début des plaques et des traînées par les petits éléments roses ou rouges de la grosseur d'une tête d'épingle que nous avons décrits plus haut.

Les mêmes lésions existaient sur les cuisses, surtout à leur face interne ; sur leur face externe il n'y avait que quelques éléments rouges, légèrement squameux par le grattage, en somme franchement érythémateux. Sur les jambes les éléments étaient également discrets, et n'existaient que sur leur face interne et en petit nombre : leur coloration y était d'un rouge vif.

Sur la poitrine et sur les épaules l'éruption avait le même caractère de papules superficielles rouges disséminées. Mais dès qu'on approchait du sillon intermammaire, de la ceinture, et du bas-ventre, les éléments devenaient de plus en plus nombreux et confluaient pour y former comme sur les bras des plaques et des traînées irrégulières.

La malade présentait des adénopathies assez volumineuses, indolentes aux aines et à la région cervicale. Elle n'accusait pas le moindre prurit, pas le moindre symptôme subjectif. Mais elle avait beaucoup maigri, et ses digestions étaient assez mauvaises. Les urines ne renfermaient ni sucre, ni albumine. Elle était fort nerveuse, et croyait que son affection cutanée s'était développée à la suite de violentes émotions.

Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois, nous fûmes fort embarrassé pour poser un diagnostic. Nous nous demandions si nous nous trouvions en présence d'une éruption prémycosique, d'un début de pityriasis rubra, d'une séborrhéide spéciale, ou d'une variété particulière de lichen planus. Mais l'absence de démangeaisons nous déroutait totalement. L'aspect était tel que nous n'eûmes jamais l'idée d'un psoriasis à petits éléments : les caractères objectifs majeurs du psoriasis faisaient en effet défaut.

Nous prescrivîmes des onctions avec du glycérolé d'amidon à l'acide salicylique et à l'acide tartrique, et nous demandâmes à la malade de revenir nous voir au bout de quelques jours. L'examinant alors de nouveau avec soin, nous fûmes frappé beaucoup plus que la première fois de l'aspect brillant et comme luisant, à facettes, de certains des éléments des avant-bras, que nous retrouvâmes également sur les bras et sur les cuisses ; et, nous souvenant alors des travaux de Radcliffe Crocker, nous portâmes définitivement le diagnostic de lichen variegatus.

Nous revîmes cette malade quatre mois plus tard : sous l'influence d'injections de cacodylate de soude pratiquées avec persévérance par séries de 10, séparées par des intervalles de 10 jours de repos, aux doses de 5 à 10 centigrammes par injection, elle avait repris des forces, de l'embonpoint, et elle avait vu son éruption diminuer graduellement. De toutes les pommades que nous lui avions indiquées, au goudron, à l'acide pyrogallique, à l'ichtyol, etc., elle avait trouvé surtout efficace le glycérolé d'amidon à l'acide salicylique et à l'acide tartrique, et elle s'en servait exclusivement.

Obs. V. — Le 31 mai 1901, nous avons été consulté à l'hôpital Broca-Pascal par un homme âgé de 67 ans, charron, qui présentait depuis plusieurs mois une éruption très particulière à la face antérieure des deux avant-bras. Elle était composée par de petits éléments rosés, à bords assez peu nets, arrondis ou ovalaires, ou même un peu irréguliers, ayant les dimensions d'une petite, d'une moyenne ou d'une forte tête d'épingle, érythémateux, c'est-à-dire, que leur rougeur disparaissait par la pression du doigt, en laissant une légère teinte jaunâtre, ne faisant pas de saillie notable au-dessus du niveau normal des téguments et ne donnant pas de sensation d'infiltration du derme. La plupart étaient lisses, non squameux. Quelques-uns cependant étaient légèrement pityriasiques, et par le grattage on pouvait mobi-

liser de fines squames fort peu épaisses, au-dessous desquelles se voyait le derme rosé, non excorié, non sanguinolent.

Quelques-uns d'entre eux un peu plus pâles, presque blanchâtres, présentaient une surface lisse, brillante, semblable aux facettes du lichen planus. En quelques points il semblait même qu'il y eût comme un léger processus d'atrophie.

La plupart de ces éléments éruptifs étaient isolés les uns des autres, jetés çà et là sans ordre sur toute la face antérieure des avant-bras ; ils étaient surtout abondants vers leur tiers inférieur jusqu'aux poignets, et vers leur face interne; ils diminuaient graduellement de nombre jusque vers le coude où cessait l'éruption. Vers le tiers inférieur de l'avant-bras et vers sa face interne les éléments formaient par confluence des plaques irrégulières, ou pour mieux dire des traînées de 2 à 3 millimètres à peine de large qui constituaient des réseaux irréguliers. A leur niveau il était presque toujours possible de reconnaître la plupart des éléments primitifs.

L'éruption ne provoquait pas le moindre prurit, pas la moindre gêne.

Nous eûmes le tort de parler de biopsie devant le malade qui disparut et que nous ne revîmes plus que le 21 février 1902.

Instruit par le cas précédent que nous venions d'étudier, nous portâmes ici d'emblée le diagnostic de lichen variegatus.

Le 21 février 1902 l'éruption était manifestement en voie de disparition. Les éléments étaient moins colorés, moins nombreux : il était nécessaire de nettoyer soigneusement la peau des avant-bras et d'y faire une forte friction avec de l'éther pour les bien mettre en évidence ; mais alors leur disposition en réseau devenait très apparente. Par le grattage on ne soulevait pas de squames à leur niveau, on ne les écorchait pas, mais on les rendait facilement purpuriques. Leur tendance à l'atrophie cutanée persistait plus nette qu'en mai 1901.

Troisième variété. — Parapsoriasis en plaques.

Obs. VI. — Le type de cette forme morbide est donné par le cas qui nous a servi en 1897 à démontrer, aux personnes qui suivaient notre service de l'hôpital Broca-Pascal, la réalité de l'existence de cette dermatose comme variété clinique bien définie.

« Femme de 60 ans, atteinte de son affection cutanée depuis 15 ans : elle a eu d'abord du prurit généralisé, la peau paraissant indemne de toute éruption ; puis, peu à peu, lentement, sont survenues des plaques rouges qui n'ont été nettement constituées que deux ans après le début des premiers phénomènes morbides.

« Depuis lors la dermatose a toujours continué à évoluer, présentant des rémissions fort nettes pendant l'été, des aggravations en hiver ; mais elle est devenue depuis de longues années à peu près complètement indolente. Le prurit est pour ainsi dire nul.

« L'éruption est essentiellement constituée par des plaques disséminées çà et là sans ordre apparent sur presque tout le corps, mais surtout sur les membres inférieurs. Elles y sont fort nombreuses, de telle sorte que les téguments offrent assez exactement sur les cuisses l'aspect de la peau du léopard. Elles sont séparées par des bandes plus ou moins larges de peau

saine. On en trouve également sur les jambes, en particulier sur les mollets, sur les fesses où elles sont plus petites qu'aux membres inférieurs, sur le flanc droit, à l'hypogastre, sous le sein gauche, à la face postérieure des bras. La tête a toujours été indemne.

« Leur forme générale est celle d'un cercle ou d'un ovale plus ou moins régulier. Parfois elles affectent l'aspect d'une bande assez allongée. Elles sont rarement très irrégulières et circinées par confluence de deux ou de plusieurs plaques primitives.

« Leurs contours sont assez nettement arrêtés; cependant elles n'ont pas les limites précises des plaques de psoriasis par exemple. De loin elles paraissent bien circonscrites ; mais, quand on les examine de près, on voit qu'il est en réalité assez difficile de les cercler d'une ligne précise et régulière. Cela tient surtout, ce nous semble, à ce qu'elles ne font pas la moindre saillie au-dessus des régions voisines. Vers leurs bords, le doigt ne perçoit aucun ressaut, l'œil ne distingue aucun relief vraiment appréciable. Il ne semble pas y avoir la moindre infiltration des téguments à leur niveau. Leurs dimensions moyennes sont de 2 à 6 centimètres de diamètre.

« Leur aspect est caractéristique dans sa simplicité. Elles sont d'un rouge pâle, plutôt rosé, tirant par endroits un peu sur le bistre. Cette teinte est uniforme; elle ne devient un peu plus foncée et un peu plus bistrée que vers la partie inférieure des jambes, comme c'est la règle dans toutes les dermatoses. Sur ce fond rouge clair, se voient de nombreuses squames blanches, petites, de 1 à 2 millimètres de diamètre moyen, atteignant rarement 3 millimètres de diamètre, parfaitement sèches, pityriasiques en un mot dans toute l'acception du terme. Elles se reproduisent d'une manière incessante, avec rapidité.

« Actuellement la malade n'éprouve aucune sensation douloureuse au niveau de ces lésions. C'est à peine si parfois elle ressent quelques démangeaisons pour ainsi dire imperceptibles (1).

« Ce n'est point un *psoriasis avorté*, car on n'y trouve pas le symptôme objectif majeur du psoriasis. Il est impossible par le grattage méthodique d'arriver sur la surface d'un rouge vif, lisse, luisante, parsemée d'un petit piqueté hémorrhagique caractéristique. D'ailleurs l'éruption n'a ni la rougeur, ni la squame stratifiée en tache de bougie, ni la netteté des bords, ni l'infiltration du psoriasis.

« Il nous semble tout aussi illogique de la ranger purement et simplement dans les séborrhéides, car il n'y a pas d'infiltration dermique notable, les plaques sont uniformes d'aspect ; elles n'ont ni la teinte, ni la squame, ni les localisations des séborrhéides, ni leur évolution.

« Néanmoins il faut bien reconnaître qu'au premier abord cette dermatose a une vague ressemblance avec un psoriasis avorté ou avec une séborrhéide psoriasiforme...

« Les formes bénignes du pityriasis rubra n'ont pas encore été bien décrites. C'est un sujet qui est à l'étude. Les cas que nous en avons publiés diffèrent du type que nous étudions par une plus grande diffusion de l'éruption qui est généralisée ou qui a de la tendance à se généraliser entière-

(1) Voir, pour plus de détails, le Mémoire original.

ment. Mais nous ne voyons pas pourquoi on refuserait de donner à ces éruptions le nom de pityriasis rubra ou de pityriasis rouge en placards disséminés. En effet, cette dermatose n'est constituée objectivement que par de la rougeur des téguments et de la fine desquamation furfuracée pityriasique. C'est donc, au sens ancien du mot, un *pityriasis* et un *pityriasis rouge*... Par conséquent, si l'on ne veut pas créer de dénomination nouvelle, si l'on veut s'en tenir, comme le demandent beaucoup d'auteurs, aux radicaux anciens, et adopter une classification logique au point de vue objectif, c'est dans les pityriasis rubra bénins que l'on doit la ranger.

« Les éruptions rouges, sèches et desquamantes de la période de début de certains cas de mycosis peuvent simuler au point de vue objectif les faits que nous étudions. Mais d'ordinaire dans les éruptions prémycosiques les plaques sont prurigineuses, d'un rouge beaucoup plus vif; elles ont une tendance beaucoup plus marquée à l'infiltration. »

L'observation suivante prouve que cette variété éruptive peut s'observer aussi chez les enfants.

Obs. VII. — X..., âgé de 13 ans, nous est amené le 3 décembre 1890 pour une dermatose bizarre, non prurigineuse, dont il est atteint depuis plusieurs années déjà. Elle est constituée par des plaques arrondies ou ovalaires, plus rarement irrégulières, d'un rouge un peu bistré ou même brunâtre, en réalité nettement pigmentées, à bords assez peu nets, surtout accentuées vers leur centre. La peau n'est pour ainsi dire pas infiltrée, cependant on la croirait très légèrement épaissie en quelques points ; en la regardant de fort près on distingue au niveau de certaines plaques une exagération des sillons naturels donnant un certain air de lichénification.

Ces plaques sont recouvertes de squames assez fines, d'un blanc grisâtre, devenant sur les plaques les plus nettes un peu micacées par le grattage. Quand on opère à fond ce grattage, on peut arriver à enlever en quelques points la couche épidermique en desquamation, et on trouve au-dessous une surface lisse, luisante, d'un rouge un peu sombre, sans piqueté hémorrhagique, non suintante, non douloureuse.

D'ailleurs l'éruption n'est le siège d'aucun phénomène subjectif ; il n'y a ni prurit, ni cuisson.

Les plaques siègent surtout aux cuisses; on en trouve quelques-unes sur les jambes, et vers les hanches ; on en voit également quelques-unes mais fort mal dessinées, et comme avortées sur les avant-bras.

La peau est d'une manière générale xérodermique.

L'éruption évolue avec une lenteur des plus remarquables ; elle est peu sujette à varier, cependant elle semble s'accentuer un peu en été.

Les deux observations précédentes sont des types de la forme habituelle du parapsoriasis en plaques, de celle à laquelle nous avons donné le nom, en 1897, d'érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Mais on peut aussi dans certains cas avoir affaire à une éruption constituée par des plaques lisses et pour ainsi dire sans squames. White a déjà constaté cette particularité, et nous allons en citer une observation personnelle des plus nettes.

Obs. VIII. — Dans les premiers jours de février 1902 nous avons été consulté par un malade de province, âgé de 47 ans, en apparence bien portant, mais ayant les antécédents suivants. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire, un de ses frères de méningite tuberculeuse. Lui-même a eu de la dyshidrose aux doigts en 1880, 81, 82, et un eczéma aigu en 1882 à la partie inférieure du tronc et à la moitié supérieure des cuisses. En juillet 1898, on découvrit chez lui un petit diabète.

L'affection cutanée pour laquelle il venait nous consulter avait débuté vers le milieu de mars 1901 sous la forme de quelques taches discrètes situées sur la partie inférieure de l'abdomen, vers les deux régions iliaques; on les considéra à cette époque comme des plaques d'érythème sans importance.

Depuis lors l'éruption s'accrut progressivement, elle devint un peu prurigineuse au mois d'août ; elle ne provoquait pas le grattage, mais elle força le malade à porter un gilet de coton au lieu d'un gilet de flanelle.

A ce moment elle occupait le tronc en avant et en arrière. Vers le mois d'octobre il sembla y avoir un peu de rétrocession : les plaques pâlirent spontanément d'une manière marquée et prirent une teinte café au lait plus ou moins foncé; mais cette atténuation ne dura guère.

Vers la fin de janvier 1902 quelques plaques ont commencé à se montrer sur les membres inférieurs, vers la face interne de la cuisse droite et de la jambe du même côté, sur la face interne de la cuisse gauche et dans les deux creux poplités.

Lorsque nous vîmes le malade, l'éruption était essentiellement composée de taches arrondies, mais surtout ovalaires, un peu allongées, à bords assez peu nets quoique arrêtés. Quelques-unes, très rares, présentaient au centre un espace aréolaire de peau blanche qui leur donnait un aspect circiné.

Elles criblent le tronc dans sa totalité. En avant elles semblent disposées sans ordre aucun, ayant environ de 1 à 3 centimètres dans leur petit axe, de 3 à 4 centimètres dans leur grand axe, séparées les unes des autres par des intervalles irréguliers de 1 à 3 centimètres de large de peau saine. En arrière dans le dos elles forment dans leur ensemble, par leur mode de disposition et de groupement vers les omoplates et au-dessous, de grandes bandes à concavité antéro-externe et supérieure ; chaque bande est composée d'une série de plaques nullement confluentes, mais séparées l'une de l'autre par des intervalles irréguliers de peau saine ou presque saine. Tout le tronc est ainsi bigarré ; vers les aines on voit d'assez vastes plaques formées par la confluence de plusieurs petites.

Ces plaques ont une teinte un peu bistre, elles s'effacent fort peu par la pression. Les plus récentes ont une teinte un peu plus rosée. Sur leur surface l'épiderme est lisse, souple, peu ou point squameux. Par le grattage on les fait rougir, mais c'est à peine si on peut par ce moyen déceler à leur surface une fine et rare desquamation. On ne provoque par cette manœuvre pas la moindre hémorrhagie.

Il n'y a pas à leur niveau d'infiltration dermique appréciable à la vue ou au toucher.

Elles sont le siège d'une démangeaison très modérée qui existe parfois le soir, nullement dans la journée.

Sur les cuisses on trouve des plaques récentes, d'un rouge plus vif que celles du tronc. Elles sont couvertes d'une fine desquamation furfuracée. Elles rougissent un peu par le grattage avec l'ongle, mais c'est à peine si l'on parvient à accentuer ainsi la desquamation; on ne peut produire aucun piqueté hémorrhagique.

Les mains, les pieds et la figure sont complètement indemnes.

Le malade croit que pendant les chaleurs l'éruption a une tendance marquée à être moins accentuée.

Cette observation est donc, comme on le voit, un exemple très net de parapsoriasis en plaques à peine squameux, dans lequel la plupart des éléments sont lisses, non pityriasiques. On ne retrouve la desquamation, et encore très fine, à peine perceptible, que sur les plaques récentes des cuisses.

Les documents personnels qui précèdent constituent des exemples des trois principales variétés que nous avons distinguées : *parapsoriasis en gouttes*, *parapsoriasis lichénoïde*, *parapsoriasis en plaques*. Ils se rapportent à des types pour ainsi dire purs.

Mais tous les faits que l'on observe dans la pratique sont loin d'avoir toujours une physionomie aussi nettement arrêtée. Entre nos trois principales variétés il y a des faits de passage. En voici des exemples.

Fait de passage entre le parapsoriasis lichénoïde et le parapsoriasis en plaques.

Obs IX. — Le 20 février 1902 nous avons été consulté par une femme de 39 ans, syphilitique depuis 1895, et qui avait vu paraître en septembre 1901 à la face interne du pied droit, en arrière de la malléole, une plaque rosée un peu squameuse, non prurigineuse. Effrayée par ce symptôme et par une fausse couche, la malade se soumit à des injections de bichlorure. Pendant qu'on les lui faisait, d'autres plaques apparurent sur les deux membres inférieurs.

Lorsqu'elle vint nous voir, elle présentait à la face interne du pied droit, au niveau de la malléole et en arrière de la malléole jusque vers le tendon d'Achille, une plaque à contours un peu irréguliers, mais, d'une manière générale, arrondie, ayant environ 6 centimètres de diamètre tranversal, 7 centimètres de diamètre vertical. Sa teinte était rouge un peu bistre, mais plutôt un peu pâle ; elle pâlissait sous l'influence de la pression digitale, mais il restait une teinte jaune des plus évidentes. Elle était couverte de fines lamelles pityriasiques, que le moindre grattage rendait fort visibles; dès qu'on grattait, la rougeur devenait fort vive ; mais il était impossible d'arriver sur la surface lisse et luisante parsemée du petit piqueté hémorrhagique caractéristique du psoriasis ; cependant on déterminait un peu de purpura et une légère effusion sanguine en insistant tout particulièrement avec l'ongle.

Cette plaque avait un aspect assez uniforme ; elle ne présentait pas d'éléments papuleux visibles, pas d'infiltration notable des téguments.

Elle était d'une indolence absolue; la malade n'éprouvait pas à son niveau le moindre prurit.

Tout près de cette plaque en avant et en haut, un peu au-dessus de la malléole, existaient quelques petits éléments d'un rouge pâle un peu squameux.

Sur les jambes se voyaient trois plaques de 1 centimètre et demi de diamètre, ayant les mêmes caractères que la plaque malléolaire quoiqu'un peu moins squameuses.

A la face interne des cuisses on trouvait plusieurs plaques ovalaires ou irrégulières, de 1 centimètre et demi à 2 centimètres et demi de diamètre moyen. Elles semblaient être fort nettement constituées par un aggrégat d'éléments papuleux minuscules de la grosseur d'une moyenne tête d'épingle, brillant aux incidences de lumière. Elles paraissaient ne pas être squameuses, mais par le grattage on mettait en évidence sur les lésions des squames fines, furfuracées.

D'ailleurs ces plaques, une fois constituées, avaient les mêmes caractères que les plaques précédentes, une lenteur d'évolution et une indolence absolue.

On voit donc que dans ce cas la plupart des plaques avaient tout à fait l'aspect du parapsoriasis en plaques; certaines au contraire, grâce à leur mode de formation par l'aggrégat d'éléments papuleux, se rapprochaient singulièrement du parapsoriasis lichénoïde.

Fait de passage entre les trois variétés de parapsoriasis.

Obs. X. — Voici un document que nous retrouvons dans nos notes et que nous transcrivons textuellement.

P. X..., bonne, âgée de 20 ans, présente depuis son enfance une éruption non prurigineuse occupant surtout les deux bras et les deux jambes.

Cette éruption est caractérisée par des éléments d'un rose pâle, un peu bistre, de diverses grandeurs : les plus petits ont la dimension d'une tête d'épingle à peine ; ils paraissent sous certaines incidences former une légère dépression, ou bien avoir une surface lisse et brillante comme les papules de lichen plan. D'autres sont un peu plus larges, et quand on les gratte on met en évidence une petite squame blanche, nacrée, au-dessous de laquelle on voit le derme rouge sans toutefois déceler le caractère pathognomonique du psoriasis.

En certains points les éléments ont donné naissance par confluence à des plaques irrégulières, squameuses, rouges ou rosées, sans aucune infiltration appréciable des téguments; elles deviennent plus nettement squameuses quand on les gratte.

Au bras droit on trouve une plaque éruptive assez considérable.

L'affection à laquelle cette éruption ressemble le plus au premier abord, c'est à du psoriasis très avorté.

Dans ce fait on trouve des éléments papuleux analogues aux éléments initiaux du parapsoriasis lichénoïde, des éléments papulo-squameux analogues à ceux du parapsoriasis en gouttes, enfin des

plaques rouges et squameuses analogues à celles du parapsoriasis en plaques.

Nous n'insistons pas. Contentons-nous de faire remarquer une fois de plus combien ce groupe des parapsoriasis, tel que nous le concevons, est homogène, puisqu'il y a des faits mixtes qui offrent sur le même malade, au même moment, les lésions élémentaires objectives des diverses variétés.

Place qu'occupent les parapsoriasis dans le cadre des dermatoses. Leur diagnostic différentiel. — Si nous recherchons maintenant quelle est la constitution intime de ce groupe et la place qu'il doit occuper dans le cadre nosologique, nous voyons qu'il offre un intérêt capital, car il établit un trait d'union entre les psoriasis et les séborrhéides psoriasiformes d'une part, et le lichen planus d'autre part, entre le psoriasis et le pityriasis rubra bénin, peut-être même entre ce même pityriasis rubra bénin et le lichen plan. Il vient ainsi combler une lacune qui existait dans la série des types morbides.

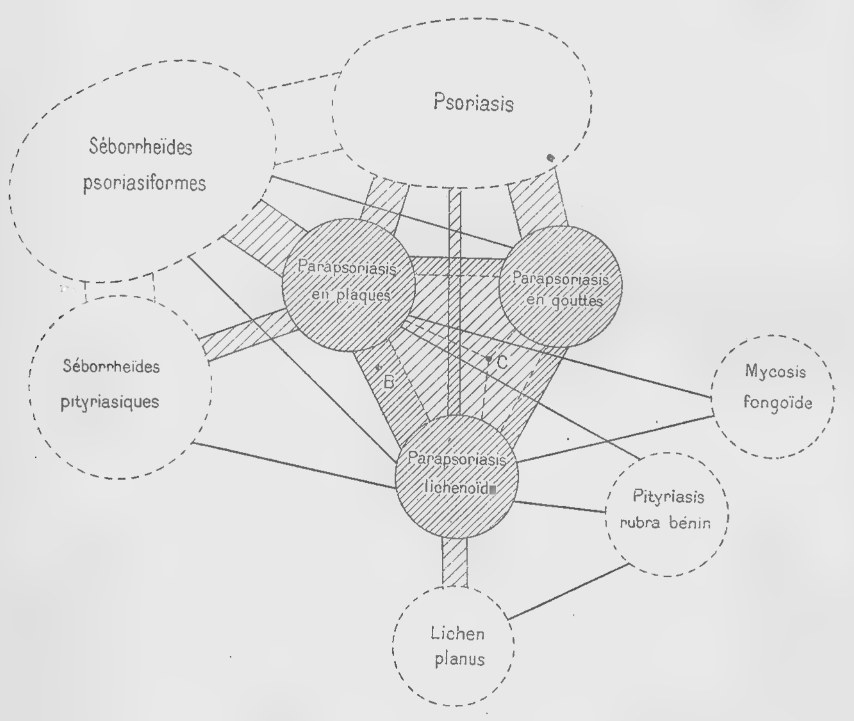
On sait quelles sont nos idées sur ce point : nous croyons qu'en nosologie il n'existe pas de trous dans la chaîne des expressions morbides ou des entités morbides vraies. En botanique et en zoologie il n'y a pas de vides dans la série des êtres organisés : si un vide existe à l'heure actuelle, il fut un temps où il n'a pas existé, et l'on peut par la paléontologie retrouver la trace de l'espèce disparue. De même, chaque expression morbide, s'il s'agit d'une simple réaction morbide cutanée, chaque entité morbide vraie, s'il s'agit d'une affection bien définie par une étiologie et une pathogénie précises comme les maladies microbiennes ou parasitaires, est reliée à l'affection voisine par une série insensible de faits de passage.

C'est surtout à ce point de vue philosophique qui paraîtra sans doute bien théorique ou bien extraordinaire, pour employer des termes polis, à la plupart de nos lecteurs, que l'étude du groupe que nous essayons d'établir aujourd'hui nous paraît intéressante.

Si, nous reportant à nos conceptions anciennes sur la constitution intime des dermatoses et sur la méthode graphique employée en dermatologie, nous traçons le graphique de ce groupe, nous voyons tout d'abord qu'il peut être figuré par une sorte de triangle dont chaque angle est occupé par une sphère représentant: l'une le parapsoriasis en plaques, une autre le parapsoriasis en gouttes, la troisième le parapsoriasis lichénoïde. Ces trois sphères sont intimement unies entre elles par des faits de passage. Notre observation IX, par exemple, se classifierait en B, plus près du parapsoriasis en plaques que du parapsoriasis lichénoïde, mais sur la large bande qui relie ces deux principales variétés. Notre observation X se classifierait en C, dans l'intérieur même du triangle, à peu près à

égale distance du parapsoriasis en gouttes et du parapsoriasis lichénoïde, un peu plus loin au contraire du parapsoriasis en plaques. Rien de plus simple, on le voit par ces exemples, que de classifier par cette méthode les divers faits cliniques un peu ambigus ou mixtes, d'après leurs affinités avec chacune des trois grandes variétés que nous avons décrites.

Le graphique permet en outre de saisir d'un coup d'œil les



Graphique des Parapsoriasis.

relations du groupe des parapsoriasis avec les autres dermatoses.

Le *parapsoriasis en gouttes* a les affinités les plus étroites avec le psoriasis. Il y a des faits de passage entre lui et le psoriasis à petits éléments. Aussi sur le graphique est-il relié au psoriasis par une large bande ombrée. Il diffère du psoriasis punctata et guttata par l'absence de la squame caractéristique du psoriasis, par l'impossibilité d'arriver par le grattage sur une surface rouge, lisse, luisante, parsemée du petit piqueté hémorrhagique pathognomonique, par la moins grande infiltration du corps papillaire, d'où la moindre saillie visible de ses éléments, par son évolution, par son histologie. Ces mêmes caractères empêchent de le confondre avec les séborrhéides psoriasiformes dont il diffère d'ailleurs au point de vue objectif

beaucoup plus que des psoriasis; aussi sur le graphique n'est-il que très faiblement réuni à ces séborrhéides.

Il n'y a pas d'autres dermatoses que les parapsoriasis en gouttes puissent simuler. Certes ils ressemblent beaucoup à des éruptions de syphilis secondaire papuleuse, mais en réalité ils n'en ont pas les caractères. Ils ne présentent en effet que peu ou point d'infiltration des téguments; ils n'ont pas la collerette épidermique périphérique; ils diffèrent totalement comme lésions histologiques des syphilides. Enfin on ne trouve chez le sujet qui en est atteint aucun autre symptôme de syphilis: les muqueuses en particulier sont indemnes; cependant, dans quelques cas, il peut y avoir comme dans la syphilis une légère tuméfaction des ganglions lymphatiques.

Le *parapsoriasis lichénoïde* a des affinités assez étroites avec le lichen plan. Les éléments de début ressemblent dans une certaine mesure aux papules de début du lichen, aussi sur le graphique est-il réuni au lichen par une bande ombrée de moyenne largeur. Il diffère cependant du lichen planus par la moindre infiltration du corps papillaire, par l'absence de décollement de l'épiderme, par une acanthose beaucoup moins accentuée, par un aspect nullement néoplasique des lésions élémentaires, par l'absence totale d'ombilication, par un mode de groupement tout à fait différent de celui du lichen plan, enfin par l'absence totale ou presque totale de prurit. Jusqu'ici on n'a pas observé de lésion des muqueuses dans le parapsoriasis lichénoïde.

Lorsqu'il est bien développé, qu'il est arrivé à former des plaques, le parapsoriasis lichénoïde peut avoir quelques traits de ressemblance avec le pityriasis rubra bénin qui en diffère par la généralisation, par sa desquamation plus abondante, par l'absence de papules initiales, par les symptômes douloureux qui l'accompagnent; mais il simule surtout le mycosis fongoïde qui en diffère par la plus grande infiltration des téguments, par les phénomènes subjectifs, par les lésions histologiques si caractéristiques sur lesquelles ont tant insisté dans ces derniers temps MM. Leredde et Darier.

Les affinités du parapsoriasis lichénoïde avec le psoriasis et les séborrhéides sont bien moins grandes que celles qu'ont les deux autres variétés de parapsoriasis avec ces mêmes dermatoses; cependant elles sont réelles, en particulier avec le psoriasis. Il est certain que quelques-uns des cas qui ont été décrits de parapsoriasis lichénoïde, simulaient cette dernière dermatose, au moins par certaines de leurs lésions éruptives. Mais celles-ci ne présentent jamais les caractères typiques du psoriasis: le grattage ne décèle point à leur surface les squames caractéristiques; il peut provoquer parfois de petites hémorrhagies, ce qui est fort rare, parfois du purpura, ce qui est plus fréquent; jamais il ne donne le fin piqueté

hémorrhagique sur la surface rouge, lisse et luisante du psoriasis.

Le *parapsoriasis en plaques* a les affinités les plus étroites avec le psoriasis et les séborrhéides. Ces affinités sont indiquées sur le graphique par de larges bandes ombrées. La plus considérable est celle qui le relie aux séborrhéides psoriasiformes ; il est en effet assez difficile de dire à quel groupe appartiennent les cas limite réellement nombreux qui existent entre les séborrhéides pityriasiques un peu rosées du tronc, les séborrhéides psoriasiformes peu infiltrées sèches sans complication d'eczéma, et les parapsoriasis en plaques. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les parapsoriasis en plaques ont d'ordinaire moins d'infiltration dermique, peu ou pas d'acanthose, peu de parakératose, qu'ils sont un peu moins squameux, plus complètement secs, qu'ils ne s'eczématisent point, qu'ils n'envahissent presque jamais ni la face, ni les grands plis articulaires, qu'ils ne sont le siège d'aucun trouble fonctionnel pour ainsi dire, car s'il y a du prurit, ce qui est relativement rare, il ne prend jamais une intensité suffisante pour devenir un élément morbide de quelque valeur, qu'enfin leur évolution est beaucoup plus lente, plus progressive que celle des séborrhéides, et que leur résistance aux médications locales est infiniment plus grande. Tous ces caractères distinctifs ne nous permettent vraiment pas de les ranger purement et simplement dans le groupe déjà si chargé et à contours si flous des séborrhéides, mais il faut bien reconnaître que ces deux types morbides ont les plus étroites relations, et que les parapsoriasis en plaques, au point de vue clinique tout au moins, semblent être un simple appendice des séborrhéides. Aussi, dans notre travail sur la question des eczémas, les avions-nous considérés comme une simple variété des séborrhéides. D'ailleurs les séborrhéides elles-mêmes ne sont-elles pas vraiment dignes du nom de parapsoriasis?

Sans avoir des affinités aussi étroites avec le psoriasis, le parapsoriasis en plaques a également beaucoup de ressemblance avec cette dermatose. Il en présente l'indolence, la sécheresse, un peu la rougeur. Mais il en diffère totalement au point de vue histologique, l'infiltration papillaire est beaucoup moindre, il n'a pas d'acanthose, peu de parakératose : au point de vue objectif il ne présente point d'épaississement du derme, sa rougeur est moins vive, ses squames à peine furfuracées sont minuscules, peu abondantes et peuvent même manquer ; on n'y décèle jamais par le coup d'ongle le piqueté hémorrhagique pathognomonique du psoriasis.

Nous avons déjà signalé en 1897 les similitudes objectives qui peuvent exister entre le parapsoriasis en plaques et les pityriasis rubra bénins, et surtout le mycosis fongoïde au début. Il nous paraît oiseux d'y insister de nouveau. Qu'il nous suffise de dire que lorsqu'on se trouve en présence d'une éruption analogue à celle du parapso-

riasis en plaques, s'il y a le moindre prurit, et surtout s'il existe un élément éruptif présentant la moindre tendance à l'infiltration dermique, il est nécessaire de pratiquer une biopsie pour rechercher si l'on n'a point affaire à une forme de début de mycosis fongoïde.

Étiologie. Pathogénie. — Il nous est impossible de rien dire de précis à propos de l'*Étiologie* et de la *Pathogénie* des parapsoriasis. Nous n'avons vu que des cas isolés. Ils ne paraissent être ni contagieux, ni épidémiques. Ils peuvent apparaître à tout âge ; ils semblent cependant être surtout l'apanage de la jeunesse et de l'âge adulte. Nous en avons observé chez l'homme et chez la femme et dans toutes les classes de la société. Cependant ils sembleraient être plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Jusqu'à plus ample informé, jusqu'à ce que des recherches nouvelles précisent leur nature réelle, il nous paraît logique de leur attribuer la même pathogénie qu'aux psoriasis avec lesquels ils ont tant de traits de ressemblance, et d'en faire de simples modes de réaction cutanée spéciaux aux individus, pouvant se développer sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. Comme nous l'avons dit plus haut, ils viennent combler dans le cadre nosologique une lacune qui existait dans la série des expressions morbides des réactions cutanées.

Traitement. — Au point de vue de la médication, ce qui domine dans l'histoire de ces affections, c'est la difficulté que l'on a à les modifier.

Comme traitement interne nous n'avons vu jusqu'ici réussir que le cacodylate de soude. Chez la malade qui fait l'objet de l'observation III, cet effet heureux du cacodylate a été éclatant.

Comme traitement local, nous avons obtenu quelques résultats avec les divers glycérolés, en particulier avec les glycérolés à l'acide salicylique et à l'acide tartrique. Mais le topique qui nous a paru de beaucoup le plus énergique ç'a été incontestablement l'acide pyrogallique en pommade au 10e, additionné de 1/40 d'acide salicylique.

Nous employons des onctions matin et soir avec cette pommade, jusqu'à ce que nous obtenions des effets irritants du côté de la peau, ou jusqu'à ce que la coloration des urines, qu'il faut surveiller constamment, nous indique que le malade arrive à la limite de la tolérance.

Nous en suspendons alors l'emploi, nous calmons les téguments avec du simple cérat sans eau frais, puis nous recommençons la pommade salicylée pyrogallée, et ainsi de suite jusqu'à disparition totale de l'éruption. Celle-ci ne s'efface que très lentement, malgré l'énergie réelle de cette médication. C'est là, comme nous l'avons déjà longuement établi, l'un des grands caractères distinctifs de ce groupe morbide.

Résumé. — Nous proposons donc le mot de PARAPSORIASIS pour désigner toute une série de dermatoses rares, constituant des faits de passage entre le psoriasis et les séborrhéides psoriasiformes et pityriasiformes d'une part, le lichen plan d'autre part. Ces faits ont été déjà partiellement décrits par Unna sous le nom de parakeratosis variegata, par Jadassohn sous les noms d'exanthème psoriasiforme et lichénoïde, et de dermatite psoriasiforme nodulaire, par Juliusberg sous celui de pityriasis lichénoïde chronique, par nous-même sous celui d'érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées, par Radcliffe Crocker sous celui de lichen variegatus.

Leurs *grands caractères communs* sont leur longue durée, leur peu de retentissement sur l'état général, l'absence totale ou presque totale de prurit, la superficialité du processus qui est constitué par une rougeur variable du derme, et par une desquamation pityriasique plus ou moins prononcée, pouvant même faire défaut, et leur résistance extraordinaire à la médication locale. — Histologiquement, elles sont caractérisées par une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux papillaires qui sont dilatés, par de l'aplatissement des papilles et par une tendance à leur disparition, par de l'œdème très accentué des parties supérieures du derme et de l'épiderme, par une disparition presque complète de la couche germinative, par de la dilatation des espaces intercellulaires de la couche épineuse, par de l'œdème de la couche granuleuse qui manque par places; au niveau de ces derniers points, on trouve des noyaux dans les cellules de la couche cornée.

D'après les faits que nous avons personnellement observés, nous croyons devoir en décrire trois variétés ou, pour mieux dire, trois formes objectives principales :

La *première*, à laquelle nous donnons le nom de PARAPSORIASIS EN GOUTTES, est très voisine du psoriasis : elle ressemble surtout à une abondante syphilide papuleuse et papulo-squameuse sans infiltration ou à un psoriasis en gouttes avorté. Elle est constituée par de petits éléments isolés, disséminés, maculeux ou légèrement papulo-squameux. Les faits de Jadassohn nous paraissent devoir rentrer dans cette première variété.

La *deuxième*, à laquelle nous donnons le nom de PARAPSORIASIS LICHÉNOÏDE, est une forme morbide intermédiaire au psoriasis et au lichen plan. Elle est constituée par de petits éléments pseudo-papuleux, parfois aplatis et brillants, parfois d'aspect atrophique, se réunissant pour former des réseaux plus ou moins irréguliers, parfois même des plaques, de telle sorte que l'éruption dans son ensemble offre une apparence bigarrée assez caractéristique. Les faits d'Unna et surtout ceux de Radcliffe Crocker et des auteurs anglais, nous paraissent rentrer dans ce groupe.

La *troisième*, à laquelle nous donnons le nom de PARAPSORIASIS EN PLAQUES, est une forme morbide voisine des psoriasis et des séborrhéides. Elle est constituée par des plaques circonscrites, assez bien limitées, de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments, plus ou moins squameuses. Nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées rentrent totalement dans cette troisième variété.

Entre ces trois groupes de faits, il y a des faits de passage participant de la physionomie clinique de deux de ces variétés, parfois même des trois ; mais c'est surtout entre la 2[e] et la 3[e] variété que ces faits de passage semblent exister. Ils établissent la grande homogénéité du groupe. D'autre part, il existe également des faits de passage entre les diverses variétés que nous venons de décrire et les dermatoses déjà connues, psoriasis, lichen, séborrhéides, avec lesquelles elles ont les plus étroites affinités.

LE CYLINDROME DE LA PEAU

Par M. le Dr **Dalous**, chef de clinique.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE (PROFESSEUR CH. AUDRY).

(*Planche I*)

Nous avons eu l'occasion d'examiner une tumeur du cuir chevelu présentant histologiquement les caractères de la variété d'épithélioma décrite par Malassez sous le nom de cylindrome. Les tumeurs de ce genre sont relativement rares, et de plus leur genèse a prêté à bien des discussions; c'est pourquoi il nous a paru intéressant de publier cette observation.

Avant d'en donner la relation, nous avons cru bon de la faire précéder de quelques notes d'historique pour montrer combien ont varié les interprétations sur la nature du cylindrome.

Le mot de syphonome, considéré par quelques auteurs comme synonyme de cylindrome, a été créé en 1845 par Henle pour une tumeur du mésentère présentant des boyaux hyalins. Bruch en 1847, décrit la dégénérescence hyaline des travées conjonctives d'un épithélioma de l'estomac. De 1853 à 1856, Robin et ses élèves décrivent les tumeurs hétéradéniques à corps oviformes, qui sont considérées comme répondant aux cylindromes. Vers la même époque (1854-1856) fut étudiée une tumeur de l'orbite. L'histoire de cet examen histologique est assez curieuse. La tumeur récidiva 5 fois: le néoplasme primitif fut qualifié de carcinone réticulé par Joh. Müller, et de sarcome présentant des tubes hyalins creusés de cavités sanguines par Busch. La première récidive examinée par Busch fut désignée par lui sous le nom de sarcome à tubes hyalins creusés de cavités lymphatiques (1). Meckel vit au contraire dans les tubes hyalins des formations cartilagineuses, et désigna la tumeur sous le nom de Schlauchknorpelgeschwültz. Les quatre autres récidives furent étudiées par Billroth qui les considéra comme des épithéliomas parcourus de tubes hyalins; il créa pour cette variété de tumeurs le nom de cylindrome (1856).

C'est en 1859 que Billroth, à propos de tumeurs semblables, vit que les tubes hyalins sont des proliférations du tissu muqueux dérivant du stroma conjonctif du néoplasme.

R. Volkmann, étudiant en 1857 des tumeurs semblables à celles que décrivait Billroth, prétend que les cylindres hyalins se dévelop-

(1) Dans le premier cas les cavités contenaient des globules rouges, dans le deuxième elles contenaient des leucocytes.

pent par la fusion de boules hyalines provenant des cellules néoplasiques. Ces cylindres peuvent être le siège de formations de noyaux, de cellules et de fibrilles, ils évoluent donc vers le type conjonctif, par conséquent les cellules qui leur donnent naissance sont des cellules conjonctives.

Déjà à peu près en même temps nous voyons que les tumeurs décrites désormais sous le nom de cylindromes sont considérées par certains auteurs comme d'origine et de nature épithéliale, par d'autres comme d'origine et de nature conjonctive.

Virchow, en 1863, dit que le chondrome et le myxome peuvent se combiner avec le cancroïde, c'est dans ces cas qu'il fait entrer les observations de cylindrome de Billroth.

Pour Köster (1867) les amas cellulaires que l'on observe dans les tumeurs de ce genre sont de nature cancroïdale, mais les cellules qui les composent n'ont pas le caractère franchement épithélial; elles proviendraient, d'après lui, de la prolifération des endothéliums lymphatiques.

Sattler (1874) tranche la question d'une façon fort simple en proposant d'appeler cette variété de tumeurs : sarcome carcinomatode. Et Friedlander, en 1876, pense qu'il y a peut-être des formes de passage, des intermédiaires entre le sarcome et le carcinome.

Depuis lors, presque tous les auteurs allemands battent en brèche la théorie épithéliale du cylindrome. Ewetzky (1877) dit que tous les cylindromes sont soit des sarcomes plexiformes, soit parfois des angiomes muqueux prolifères, soit enfin des formes mixtes des deux espèces précédentes.

Kolaczek, en 1878, dans un mémoire sur l'angio-sarcome, range sous cette dénomination, et sans en excepter une seule, toutes les tumeurs décrites avant lui sous le nom de syphonome ou de cylindrome. Nous ne croyons pas devoir nous abstenir de citer ici une de ses raisons. « La rareté du nom d'une tumeur publiée est faite « pour éveiller en nous le soupçon que ce pourrait être un angio- « sarcome, attendu qu'elle s'écarte à un tel degré des types déjà « décrits qu'elle oblige celui qui la publie à enrichir la nomenclature « déjà trop libérale de l'onkologie. »

C'est en 1883 que Malassez, dans son remarquable travail sur le cylindrome, remet en lumière l'origine épithéliale de cette catégorie de néoplasme. Nous aurons à revenir sur les descriptions et l'opinion de Malassez, nous rappellerons seulement qu'il donne le sous-titre suivant à son mémoire : épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux.

Klebs (1889) adopte complètement la théorie de Kolaczek, et considérant, d'après Ackermann, tous les sarcomes comme dérivant des endothéliums, propose de remplacer le mot de cylindrome par

une dénomination nouvelle qui ne luisserait pas de doute sur l'origine du néoplasme: endothéliome hyalogène.

Avec Marchand (1893) nous voyons le mot de cylindrome devenir synonyme d'endothéliome.

V. Duyse (1895), dans deux mémoires, adopte complètement l'opinion de Kolaczek, et celle de Klebs : les sarcomes plexiformes, les lymphosarcomes, les tumeurs mixtes des glandes salivaires sont des endothéliomes. Le mot de cylindrome, dit-il, sera avantageusement remplacé par celui, proposé par Klebs, d'endothéliome hyalogène.

Dans le mémoire très important de R. Volkmann, les tumeurs mixtes des glandes salivaires, certaines tumeurs de la tête, des joues, des tumeurs osseuses sont considérées comme des endothéliomes.

Thoma (1894) envisage le cylindrome comme une dégénérescence de nature myxomateuse, avec formation de boules et de cylindres hyalins, pouvant se montrer dans des tumeurs différentes (sarcome, épithélioma, etc.).

En 1899, Hansemann, bien que manifestement partisan de la théorie endothéliale, déclare qu'il est fort difficile de donner des arguments irréfutables, des preuves manifestes, et laisse entendre qu'il faut bien souvent être déjà convaincu pour ne pas refuser le diagnostic histologique d'endothéliome.

Lubarsch (1899) se prononce pour la nature épithéliale des tumeurs mixtes des glandes salivaires, et critique les raisons que Mulert (1897) donnait pour expliquer l'origine endothéliale de tumeurs multiples du cuir chevelu.

C'est alors que certains histologistes français commencent à adopter les idées jusqu'alors régnantes en Allemagne, et les tumeurs mixtes des glandes salivaires sont désormais qualifiées d'endothéliomes par Curtis et Phocas, par Bosc et Jeanbrau.

Cependant parmi les classiques français, le cylindrome est considéré comme une tumeur épithéliale. Pour Darier (1897), la chose est tellement évidente que dans l'examen histologique d'une pièce de Du Castel il croit pouvoir se dispenser de toute description et de discussion. Quénu, dans le *Traité de chirurgie*, classe le cylindrome parmi les tumeurs épithéliales. Delbet dit que le cylindrome ne constitue pas une espèce de tumeur, c'est une modalité évolutive et topographique de diverses espèces. Enfin Brault, dans la nouvelle édition du *Traité d'anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier, étudie le cylindrome parmi les tumeurs épithéliales. Par contre, le mot de cylindrome ne figure même pas dans l'*Histopathologie* de Unna.

En résumé, après que Bilhoth eut donné le nom de cylindrome à

des tumeurs d'origine épithéliale dont le stroma présentait une dégénérescence hyaline un peu particulière, nous voyons toute une période, de 1857 à 1883, pendant laquelle le cylindrome est considéré comme d'origine conjonctive et de préférence endothéliale. Malassez, en 1883, établit d'une façon très démonstrative que le cylindrome est une tumeur épithéliale. Mais après lui encore la majorité des histologistes persiste à le considérer comme un endothéliome. Il devient dès lors très difficile de retrouver les observations de cylindrome qui sont toutes confondues et perdues presque parmi les si nombreuses observations des tumeurs endothéliales que l'on décrit depuis quelques années. Il nous paraît encore plus difficile d'essayer de faire des diagnostics rétrospectifs et de rendre au cylindrome néoplasie épithéliale, certaines des tumeurs de ce genre décrites sous le nom d'endothéliome. Notre but est simplement de donner une observation d'épithélioma, présentant les caractères attribués par Malassez au cylindrome, pour montrer que forcément le mot de cylindrome ne doit pas devenir synonyme d'endothéliome, comme le voudraient Kolaczek, Marchand et V. Duyse.

X..., cultivateur, 70 ans. On ne relève dans ses antécédents personnels que quelques affections pulmonaires aiguës, légères ; rien à signaler dans son hérédité.

L'affection pour laquelle il se présente a débuté il y a dix ans environ. En se peignant, il remarqua une toute petite tumeur placée dans les cheveux, tout près de la limite du cuir chevelu. Cette tumeur présentait alors le volume d'un haricot, elle grossit progressivement, sans jamais provoquer ni gêne, ni douleur, recouverte par une peau fine et sans poils, non ulcérée. Au bout de cinq ans elle avait atteint le volume d'une petite noix, la base d'implantation était large, pas de pédicule.

A cette époque le malade fut opéré pour une cataracte à l'œil gauche, on plaça un fil de soie serré à la base de la tumeur dans l'espoir de la faire disparaître. Le fil ulcéra la peau, il s'établit une légère suppuration autour de la tumeur, quelques ulcérations apparurent à la surface qui saigna facilement depuis lors. La tumeur augmenta alors rapidement de volume. Les ulcérations s'étendirent, les bourgeons néoplasiques se formèrent, donnant à la tumeur un aspect mamelonné ; elle était baignée par un léger écoulement roussâtre, qui se concrétait en croûtes à la surface. Il s'en dégageait une odeur assez mauvaise pour incommoder l'entourage du malade, c'est ce qui l'engagea le plus à venir se faire opérer. Il entra donc à la Clinique de dermatologie et de syphiligraphie (professeur Ch. Audry).

La tumeur occupait alors une surface égale à peu près à la moitié de la paume de main. Son épaisseur, plus grande au milieu que sur les bords, atteignait environ un fort travers de doigt au-dessus de l'épiderme voisin. Les bords, nettement délimités, étaient éversés, surplombant le cuir chevelu. Pas d'adhérences profondes avec le périoste.

Elle se présentait sous l'aspect d'une masse composée de lobules de dimensions à peu près égales, comme une noisette environ, séparés par

des sillons assez profonds, légèrement suintante et recouverte de croûtes donnant à sa surface une coloration brune. Pas d'adénopathies.

Opération sans anesthésie. La tumeur, circonscrite par incision elliptique, est séparée des tissus voisins et décollée très facilement du périoste crânien avec lequel elle ne présentait pas trace d'adhérence.

Hémostase par compression. A l'aide d'une nouvelle incision libératrice faite à trois centimètres de l'incision supérieure, on rapproche au maximum les lèvres de la plaie. Suites normales, sauf un petit point de sphacèle très limité. Quand le malade quitta le service, l'os était recouvert de bourgeons charnus, il restait une surface non épidermisée, grande comme une pièce de deux francs.

La tumeur avait à la coupe une couleur blanc mat, les lobulations de la surface ne se continuaient pas nettement vers la profondeur, le raclage de la tranche donnait un suc assez abondant. Des fragments furent prélevés pour l'examen histologique: 1° au centre, en pleine tumeur; 2° sur les bords, en empiétant sur les parties saines. Fixation par la solution de Flemming forte, et par l'alcool à 95°. Inclusion à la paraffine.

Coloration : bleu polychrome avec élection au tannin orange, tannin fuchsine, tannin wasserblau, hématéine et éosine ; hématéine et picro-fuchsine de V. Gieson ; safranine avec élection à l'orange ou au wasserblau ; violet de gentiane; thionine.

A un premier examen sommaire, la tumeur paraît constituée par des cellules épithéliales disposées en travées anastomosées, ou formant des masses cellulaires compactes. Dans les deux variétés on observe la présence de parties claires qui sont des cavités. Le tissu conjonctif sous forme de travées denses divise la tumeur en lobules dans lesquels il pénètre en subissant certaines transformations.

Au point de vue topographique les masses néoplasiques sont placées entre l'épithélium de revêtement, conservé sur presque toute la surface de la tumeur, et une bande conjonctive d'un tissu serré avec un certain degré d'infiltration embryonnaire, qui forme une capsule. Au-dessous de cette bande conjonctive, on retrouve par places, surtout à la périphérie de la tumeur, des éléments pilo-sébacés et sudoripares, atrophiés par compression.

Nous aurons donc à étudier: 1° les éléments propres de la tumeur : travées, masses cellulaires, formations kystiques ; 2° le tissu conjonctif; 3° les rapports réciproques du stroma et du néoplasme.

Le tissu conjonctif délimite des lobules assez volumineux et dans lesquels il ne pénètre pas. Ces lobules sont composés de cellules épithéliales d'aspect vaguement polyédrique, fortement tassées les unes sur les autres. Leurs limites sont peu distinctes, le noyau ovalaire est pourvu d'un réseau peu serré de chromatine ce qui explique sa coloration peu intense, il contient un ou deux nucléoles ; un certain nombre présentent des figures de karyokinèse.

A la périphérie de ces lobules les cellules prennent un aspect nettement cylindrique, leur grand axe est disposé perpendiculairement à celui des fibres conjonctives avoisinantes. Elles forment une sorte de palissade qui marque une distinction bien tranchée entre les deux tissus.

En certains points de la périphérie de ces lobules épithéliaux leurs cellules présentent quelques modifications. Elles prennent une forme étoilée, s'écartent les unes des autres; ensuite elles semblent subir une sorte de fonte et sont remplacées par une substance finement grenue. Il se forme ainsi une sorte de kyste en pleine masse épithéliale; les cellules qui le tapissent, sous l'influence de la pression intérieure sans doute, s'aplatissent et prennent un aspect endothélial. On peut observer tous les intermédiaires : des cavités assez volumineuses bordées de cellules très aplaties; des cavités sur les parois desquelles on peut suivre la disjonction des cellules et leur fonte; enfin des points où les cellules sont disjointes, d'aspect étoilé, sans formation de cavité (fig. 1).

Ces masses épithéliales ne sont jamais pénétrées par le tissu conjonctif, les limites entre les deux tissus sont des plus tranchées. Il n'existe pas de vaisseaux sanguins dans leur intérieur.

La plus grande partie de la tumeur est composée de cellules présentant un groupement trabéculaire; on voit sur les préparations de longs boyaux cellulaires très fréquemment anastomosés former une sorte de réseau dans les mailles duquel se trouverait enclavé le tissu conjonctif qui, de la périphérie du lobule néoplasique, a pénétré dans son intérieur. Les travées de cellules peuvent n'être constituées que par deux ou trois rangées de cellules, ou, au contraire, présenter une épaisseur plus considérable. Dans le premier cas on voit que, sur les bords de la travée, les cellules ont une forme cylindrique, leur grand axe est perpendiculaire à l'axe des fibres du stroma conjonctif; entre ces deux rangées de cellules on voit tantôt une, tantôt trois ou quatre rangées de cellules polyédriques. Dans le deuxième cas, les cellules de bordure ont toujours leur aspect cylindrique et ces travées épaisses ne diffèrent des autres que par le plus grand nombre de cellules qui les composent.

En certains points on voit sous l'épithélium qui recouvre la tumeur de petits nodules arrondis composés de quelques travées de cellules. Ils sont parfois isolés, sans rapport avec l'épithélium qui est au-dessus, ni avec les masses néoplasiques qui sont au-dessous; mais parfois les prolongements papillaires épidermiques de l'épithélium de revêtement deviennent longs et grêles; arrivés à une certaine profondeur, au niveau du lobule, on voit que leurs cellules perdent assez rapidement leurs caractères et viennent se confondre avec celles du nodule néoplasique (fig. III). Ce dernier semble alors appendu à l'épiderme par une sorte de pédicule. Il semble bien que ce soit là le point de départ, l'origine de la néoplasie (1).

Enfin un certain nombre de ces nodules épithéliaux se présente sous un autre aspect. Les masses cellulaires apparaissent creusées de cavités de toutes dimensions; ces cavités sont presque toujours arrondies, leur contenu est parfois polycyclique (fig. II); dans ce dernier cas, elles semblent

(1) On peut objecter qu'il s'agit là d'une sorte de fusion, d'une soudure des éléments néoplasiques avec les papilles hypertrophiées de l'épithélium. Il est aussi difficile de fournir la preuve rigoureuse de l'une que de l'autre de ces deux hypothèses. Les cellules du néoplasme ont si bien l'aspect des cellules de la couche génératrice que nous croyons cette ressemblance suffisante en l'espèce pour nous permettre de nous rattacher à la première hypothèse.

résulter de la fusion de plusieurs cavités voisines. En effet, ces cavités peuvent être très rapprochées les unes des autres, elles ne sont alors séparées que par une bande très étroite de cellules aplaties ; cette séparation finit parfois par disparaître, les cavités sont alors divisées en loges par des éperons. Les cellules épithéliales qui les séparent sont quelquefois même en bande si mince que, par places, il existe une masse amorphe ou finement grenue, parcourue par un réseau de cellules, étroit et même manquant en certains points. Cependant, le plus souvent, il y a place pour plusieurs rangées.

De ces cavités les unes sont vides, les autres présentent un contenu. Souvent on remarque dans leur intérieur une masse amorphe hyaline, transparente quand elle n'est pas colorée. Sur les préparations colorées à l'hématéine et avec le réactif de V. Gieson, cette masse ne prend pas la fuchsine, elle est colorée en bleu pâle par l'hématéine ; après coloration par la thionine elle prend une belle couleur pourpre. Dans d'autres cavités cette masse apparaît finement grenue, et présente les mêmes réactions avec ces colorants. Parfois enfin, au milieu de la masse fondamentale amorphe, il existe quelques rares fibrilles, avec deux ou trois cellules étoilées ; cet aspect se trouve surtout sur les bords des lobules épithéliaux au voisinage de la bordure conjonctive : toujours mêmes réactions histochimiques avec l'hématéine et la thionine (1).

Le tissu conjonctif qui délimite les lobules de la tumeur est composé de fibres et de cellules présentant leur aspect et leurs réactions colorantes habituels. Par places, surtout au voisinage des éléments épithéliaux néoplasiques, il est le siège d'une infiltration leucocytaire assez abondante. Les vaisseaux sanguins y sont peu nombreux, ne sont pas dilatés, et ne présentent de modifications en aucun point. On remarque entre les éléments conjonctifs de larges fentes lymphatiques tapissées d'un endothélium tout à fait normal, et ne contenant que quelques leucocytes. Elles sont surtout évidentes et nombreuses dans la couche conjonctive située entre l'épithélium de revêtement et les couches superficielles des lobules néoplasiques. Vaisseaux sanguins et fentes lymphatiques ne se trouvent jamais en rapport immédiat avec la tumeur, et ne présentent jamais de connexions intimes avec ses éléments constitutifs.

Dans les lobules néoplasiques d'aspect trabéculaire, le tissu conjonctif qui pénètre entre les mailles épithéliales est composé de fibrilles extrêmement fines et peu serrées, et de quelques rares éléments cellulaires étoilés. Dès qu'il devient intra-lobulaire, le tissu conjonctif, en même temps qu'il diffère histologiquement du tissu qui délimite les lobules, possède de nouvelles réactions vis-à-vis des colorants : il prend une couleur bleue très délicate en présence de l'hématéine, il ne se colore pas par la fuchsine acide du réactif de V. Gieson, enfin après coloration par la thionine phéniquée il apparaît coloré en rouge pourpre.

(1) Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement une tumeur du maxillaire supérieur répondant assez bien aux descriptions de l'endothéliome des os. Nous voulons seulement faire remarquer que les boules hyalines contenues dans certaines cavités, au lieu de se colorer en rouge par la thionine, sont, au contraire, colorées en bleu foncé.

Ce tissu conjonctif intra-lobulaire présente des rapports intéressants avec les éléments épithéliaux, et avec les cavités dont nous avons signalé l'existence.

On le voit pénétrer sous forme de bourgeons souvent renflés à leur extrémité dans l'intérieur des masses épithéliales, ou entre les cordons cellulaires qu'il semble dissocier (fig. IV). Il pousse des prolongements qui se coiffent des éléments épithéliaux ; il arrive à présenter de moins en moins d'éléments cellulaires, et à perdre progressivement son aspect fibrillaire, pour devenir amorphe et transparent. Enfin on constate par places qu'il est en rappert direct avec le contenu des cavités arrondies ou polycycliques qui existent dans les masses néoplasiques ; il pénètre dans leur intérieur par une sorte de pore et il est évident que le contenu de la cavité n'est qu'un prolongement transformé du tissu conjonctif voisin. C'est par le développement excessif de ces prolongements conjonctifs que les cavités s'accroissent, queles éléments épithéliaux se tassent, puis diminuent, et finissent même par disparaître presque complètement.

En terminant signalons qu'à la périphérie de la tumeur, tout contre le tissu sein, il existe une zone de prolifération très marquée des papilles épidermiques avec formation de globes cornés. On observe aussi la même chose entre les principaux lobules de la tumeur. Parfois les globes cornés présentent des phénomènes de fonte cellulaire, on observe alors des cavités contenant dans leur intérieur les débris amorphes des cellules dégénérées.

En résumé, nous avons affaire à un épithélioma malpighien à type trabéculaire, mais dont les cellules sont par points groupées en masses compactes.

Cet épithélioma présente la particularité d'avoir par places des cavités. Celles-ci reconnaissent deux modes de production : 1° la dégénérescence et la fonte des cellules épithéliales ; 2° la prolifération d'un tissu conjonctif ayant pris d'abord le type myxomateux pour devenir hyalin et complètement amorphe en certains points. Ces caractères nous paraissent suffisants pour pouvoir dire que nous avons affaire à un cylindrome au sens de Malassez, c'est-à-dire à un épithélioma avec envahissement myxomateux.

Du reste, voici d'après Malassez les signes distinctifs qui permettent de reconnaître le cylindrome.

« Le cylindrome type est constitué : 1° par un stroma conjonctif fibreux avec ou sans transformations hyalines ; 2° par des amas cellulaires de formes variées : cylindres plus ou moins ramifiés et anastomosés, masses alvéolaires au milieu desquelles se voient souvent des travées conjonctives qui, parties des parois, se ramifient et se subdivisent à l'intérieur de ces masses ; 3° et, c'est là ce qui le caractérise tout spécialement,on trouve à l'intérieur de ces masses cellulaires des productions transparentes de formes variées : cylindres, réseaux, massues, boules, qui tantôt sont complètement hyalines, ou très

finement granuleuses, tantôt fibrillaires et soutiennent des cellules rondes, les cellules étoilées et parfois des vaisseaux. »

Nous avons été amené à rechercher si nous ne trouverions pas dans la littérature médicale des tumeurs du cuir chevelu analogues à celle que nous venons de décrire. En dehors des épithéliomas de type vulgaire, nous avons pu trouver un certain nombre d'observations du cuir chevelu se signalant à l'attention par quelques points particuliers.

Tout d'abord ces tumeurs sont souvent multiples et de plus elles ont été publiées sous le nom d'endothéliome de la peau, à l'exception d'un cas de Poncet, dans lequel MM. Renaut et Audry diagnostiquèrent un cylindrome.

Mulert décrit sous le nom d'endothéliome multiple du cuir chevelu des tumeurs qui, d'après lui, s'écarteraient par des points très particuliers de l'épithélioma. Les arguments qu'il donne sont commentés et discutés fort savamment par Lubarsch, qui n'hésite pas à classer les tumeurs décrites par Mulert parmi les épithéliomas. Comme il ne s'agit pas ici d'un cylindrome, nous ne parlerons pas davantage de cette observation.

Nous ne connaissons que d'après une analyse un article de Koulnieff au sujet de tumeurs multiples du cuir chevelu, du dos et de la poitrine. D'après cet auteur, le tissu de la tumeur rappelle microscopiquement le cylindrome; il considère donc cette affection comme « un cylindrome cutané multiple, ou un endothéliome cutané multiple ayant subi la dégénérescence hyaline, mais n'ayant rien de commun avec le sarcome ». Les tumeurs siégeaient sous l'épiderme intact, elles étaient constituées par une série d'alvéoles arrondis, limités par des cloisons d'aspect vitreux presque homogène. Ces alvéoles sont bourrés de cellules polymorphes, et presque sans substance interstitielle. Degénérescence hyaline de quelques cellules. D'après ces renseignements trop brefs, il nous est difficile de pouvoir discuter cette observation, et bien que nommée cylindrome, elle nous paraît ressembler davantage à l'observation de Spiegler et à celle de MM. Dubreuilh et Auché.

Spiegler, sous le nom d'endothéliome de la peau, publie deux observations de tumeurs multiples du cuir chevelu. D'après les figures et les descriptions, il s'agit de nodules et de masses néoplasiques placés au-dessous d'un épiderme intact. Ces nodules sont composés de cellules polymorphes et placées dans des sortes d'alvéoles qui limitent d'épaisses cloisons d'aspect vitreux et homogène. Entre les cellules composant les masses néoplasiques se trouvent des cavités arrondies et très souvent remplies par une masse d'apparence hyaline ; aussi certaines de ses figures ressemblent à celles qui représentent les cylindromes. L'auteur signale des rapports des cellules

néoplasiques avec les parois des capillaires ; mais, si l'on en juge d'après les figures, les rapports sont fort éloignés et le néoplasme reste séparé de la paroi du capillaire par quelques fibrilles conjonctives, le vaisseau n'est pas creusé en plein tissu de la tumeur. Spiegler ne parle pas des rapports de la tumeur avec l'épithélium de revêtement : ces rapports existent cependant, ainsi que nous l'avons entendu dire par M. Dubreuilh qui a pu voir les préparations de Spiegler. Nous croyons donc qu'on peut considérer ces observations comme des cas d'épithélioma : qu'il s'agisse de la variété cylindrome, cela est difficile à affirmer, car bien des points restent dans le doute et ne sont pas indiqués, peut-être à cause du point de vue spécial auquel s'est placé l'auteur.

Nous ne parlerons pas longuement de l'observation de tumeurs multiples du cuir chevelu, présentée par MM. Dubreuilh et Auché à la Société de Dermatologie. Il s'agit d'un épithélioma offrant les particularités suivantes : division en lobules entourés d'une sorte de membrane épaisse, anhyste, d'aspect vitreux, pouvant envoyer des prolongements dans l'intérieur des lobules ; cellules polyédriques, épithélioïdes, jamais fusionnées avec le tissu conjonctif dont elles restent toujours parfaitement distinctes ; connexions avec l'épiderme ; boules hyalines placées entre les cellules néoplasiques. Il ne s'agit pas certainement d'un cylindrome, ainsi que nous avons pu le constater sur les préparations des auteurs.

L'observation de Du Castel-Darier se rapporte à une tumeur lobulée sous-cutanée de la région parotidienne. Nous avons laissé de côté les faits de ce genre qui trouveraient leur place dans une étude plus générale sur les cylindromes. A ce propos, nous pouvons rappeler que, si dans ces tumeurs juxta-glandulaires on ne trouve en général pas de connexions avec les lobules de la glande, on peut invoquer, pour expliquer leur origine et leur développement, la présence d'inclusions épithéliales, de débris fœtaux (Malassez, Quénu). Peut-être un grand nombre de tumeurs de ce genre reconnaissent-elles la même origine.

Avant de terminer, nous devons dire que les cylindromes du cuir chevelu sont rares, de même d'ailleurs que les tumeurs de cette nature, situées en d'autres points que leurs sièges de prédilection, c'est-à-dire les régions parotidiennes, les maxillaires, l'orbite, etc. Cependant, nous croyons que l'on peut revendiquer pour le cylindrome la variété d'ulcus rodens, décrite par MM. Auché et Dubreuilh sous le nom de forme trabéculaire. Ces auteurs font, en effet, remarquer la structure myxomateuse du stroma, et l'existence de formations analogues, disent-ils, à celles désignées sous le nom de corps oviformes. Bien que le cylindrome se présente presque toujours sous la forme de tumeurs uniques ou multiples, arrondies et lobulées,

Malassez reconnaît qu'il peut « se manifester sous forme d'ulcérations cutanées, qui ont tout à fait l'aspect et la marche de certains cancroïdes de la face (cas de Pagenstecher) ». Il semble bien que Malassez fasse allusion à l'ulcus rodens. Ce dernier représente surtout une modalité clinique et ne répond pas à une forme histologique unique ; il n'est donc pas impossible que, dans certains cas, l'ulcus rodens soit constitué par un cylindrome.

Enfin pour certains auteurs, le mot de cylindrome serait un mauvais mot. On est bien obligé de reconnaître, que grâce aux travaux de Kolaczeck, Klebs, Marchand, V. Duyse, etc., il s'est établi une confusion bien regrettable à ce sujet, parce que ces auteurs ont rangé tous les cas de cylindrome parmi les endothéliomes ou les angio-sarcomes. D'après Thoma, le fait qu'une tumeur, de quelle nature qu'elle soit (ou à peu près), présente une prolifération de tissu muqueux avec formation de cylindres ou de boules hyalines suffit pour qu'on en puisse faire un cylindrome. Delbet soutient une opinion analogue : le cylindrome n'est pour lui « qu'une modalité évolutive et topographique de tumeurs de diverses espèces... Dire d'une tumeur que c'est un cylindrome, ce n'est pas faire un diagnostic, c'est prendre une particularité morphologique d'importance secondaire pour le fait principal ». Cependant le mot de cylindrome a été créé par Billroth pour des tumeurs épithéliales particulières, et c'est pour cette variété histologique seule, que Malassez réclame l'appellation de cylindrome. Le mot conservera donc toute sa valeur, toute sa précision et sera parfaitement justifié, s'il ne devient pas le synonyme d'autres noms qui servent à désigner des tumeurs tout à fait différentes, ou n'ayant que de vagues ressemblances avec celles qu'il est appelé à désigner. C'est-à-dire qu'il doit être réservé, comme le veut Malassez, à « l'épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux ».

BIBLIOGRAPHIE

MALASSEZ. Sur le cylindrome. *Arch. de physiol. normale et pathol.*, 1883, t. I, p. 123, 186, 476.

KLEBS. *Allgemeine Pathologie*, 1889.

LANGHANS. *Virch. Arch.*, t. 120, 1890.

THOMA. *Lehrbuch Allgemeine Pathologie*, 1894 (*passim*).

VOLKMANN. Ueber endotheliale Geschwulste *Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, 1895, XLI, p. I.

MULERT. Ein Fall von multiplen Endotheliomen der Kopfhaut. *Arch. f. klin. Chirurgie*, t. 54.

BOSC et JEANBRAS. Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. *Arch. provinciales de Médecine*, 1899, t. I, p. 297.

CURTIS et PHOCAS. Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide. *Arch. provinciales de Médecine*, 1899, t. I, p. 7.

Marchand. Ueber ein Endotheliom mit hyalines Kügeln (Cylindrom). *Ziegler's Beiträge*, 1883, XIII, p. 477.
V. Duyse. Contribution à l'étude des endothéliomes de l'orbite. *Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique*, 1895, p. 255.
V. Duyse. Endothéliome hyalogène (cylindrome) de la peau. *Id.*, 561.
Cornil et Ranvier. *Traité d'Anat. pathol.*, 1900, t. I.
Delbet. In *Traité de Chirurgie* Le Dentu-Delbet, t. I.
Quénu. In *Traité de Chirurgie* Duplay-Reclus, t. I.
Auché et Dubreuilh. Ulcus rodens. *Annales de Dermat.*, août 1901.
Koulnieff. Cylindromes multiples. Société russe de dermatologie et de syphil., déc. 1894, résumé dans les *Annales de Dermat.*, 1895.
Lubarsch. *Zur Lehre von den Geschwülsten*, 1899, p. 282.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

Fig. 1. — Mode de formation des cavités intra-épithéliales. Au bas de la figure les cellules se dissocient, prennent une forme étoilée ; dans le haut, la cavité est constituée et tapissée de cellules aplaties.

Fig. 2. — Aspect cylindromateux de la tumeur. Au bas de la figure, il existe dans les cavités quelques fibrilles et quelques noyaux ; les travées épithéliales séparant les cavités sont très minces, et ne forment plus que des sortes d'éperons.

Fig. 3. — Connexion de certains lobules de la tumeur avec l'épithélium.

Fig. 4. — En diagonale de l'angle supérieur droit à l'angle inférieur gauche une bande conjonctive sépare deux lobes de la tumeur. Le tissu conjontif qui pénètre dans l'intérieur des masses épithéliales à gauche prend le type myxomateux.

Photomicrographies faites par M. le Dr Potier au laboratoire de la Clinique dermatologique.

Obj. Leitz apochrom. 16 mm., ocul. comp. 4 pour les 3 dernières figures.

Pour la première, Obj. Leitz apoch. 16 mm., ocul. comp. 8, chambre noire très tirée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 1er MAI 1902.

PRÉSIDENCE DE M. DOYON.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Allocution de M. DOYON. — Rapport sur la gestion du comité de direction et la situation morale de la Société, par M. HALLOPEAU. — A l'occasion du procès-verbal : Traitement du lupus par le permanganate de potasse, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. LEREDDE, GASTOU, BARTHÉLEMY.) — Quelques malades traités par la photothérapie (appareil Foveau-Trouvé), par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. LEREDDE, DU CASTEL.) — Gangrène foudroyante de la verge, par M. DANLOS. (Discussion : MM. GASTOU, FOURNIER, SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Tuberculose cutanée très étendue (lupus éléphantiasique). Traitement partiel par le radium et une pâte minérale au permanganate de potasse. Considérations sur la coexistence aux mêmes points de l'éléphantiasis et de la tuberculose, par M. DANLOS. (Discussion : MM. GASTOU, LEREDDE, DARIER.) — Éruption indéterminée du dos des mains (antipyrine ?), par M. DANLOS. (Discussion : MM. HALLOPEAU, GASTOU.) — Sur deux cas fraternels de syphilis héréditaire tardive à la seconde génération, par MM. HALLOPEAU et EDMOND FOURNIER. — Lichen plan localisé à la lèvre inférieure, par MM. HALLOPEAU et FOUQUET. (Discussion : MM. FOURNIER, GAUCHER, BARTHÉLEMY, DOYON, HALLOPEAU.) — Sur un nouveau cas d'onychomycose, par MM. HALLOPEAU et FOUQUET. — Note sur la pelade, par M. MOTY. — Nævus vasculaire verruqueux de la fesse en large plaque, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE. — Sarcomatose mélanique cutanée, par GAUCHER et LACAPÈRE. — Hérédo-syphilis et ichthyose, par M. EDMOND FOURNIER. — Morphée tubéreuse, par MM. JACQUET et GUELLIOT. — Eczéma séborrhéique psoriasiforme, par MM. BALZER et LECORNU. — Ecthyma ulcéreux de l'enfance, par MM. FOURNIER et MILIAN. — Eléphantiasis syphilitique ou syphilome hypertrophiqne diffus du scrotum et de la verge. Orchite double scléro-gommeuse avec fongus guéri, par MM. ALFRED FOURNIER et G. MILIAN. (Discussion : MM. MOTY, FOURNIER.) — Traitement du psoriasis par le permanganate de potasse, par M. HALLOPEAU. — Deuxième note sur un cas de staphylococcie blanche ascendante, par M. HALLOPEAU. — Note sur les injections de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis, par MM. BARTHÉLEMY, LAFAY et LÉVY-BING. (Discussion : MM. FOURNIER, LAFAY, BARTHÉLEMY.) — Tuberculose papillomateuse périanale, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. — Hémodiagnostic dans un cas de dermatose de Duhring fruste, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes, avril 1902.

GASTOU. — Les maladies du cuir chevelu. Paris, 1902.

ED. FOURNIER. — Des dystrophies veineuses de l'hérédo-syphilis. Paris, 1902.

M. Doyon, président, ouvre la séance par l'allocution suivante :

Allocution de M. Doyon.

Messieurs,

Dans la séance d'avril à Toulouse, M. le professeur Audry a fait part à la Société de la perte si regrettable du professeur Kaposi. M. le Secrétaire général, au nom de tous les membres de la Société française de dermatologie, a exprimé à Madame Kaposi les regrets profonds éprouvés par chacun de nous.

Dans la même séance, M. le professeur Audry a annoncé la mort de M. le Dr Jarisch, professeur à l'Université de Graz.

Enfin, à cette série douloureuse je suis obligé d'ajouter la nouvelle de la mort prématurée du fils de l'illustre F. v. Hebra, le professeur H. v. Hebra.

Outre de nombreux travaux et un enseignement policlinique longtemps continué, il a publié un important ouvrage de dermatologie intitulé : *Die krankhaften Veränderungen und ihre Anhangebilde mit ihren Beziehungen zu den Krankheiten des Gesammtorganismus*, 1884. Ceux qui l'ont connu ont apprécié le charme et la cordialité de ses relations, et je suis assuré d'être l'interprète de chacun de vous en exprimant ici les vifs regrets de la Société française de dermatologie.

Messieurs,

Au nom de tous ses amis, de tous ses élèves et de tous les membres de la Société de dermatologie, je tiens à exprimer à M. Besnier les très vifs regrets que leur cause sa démission de président de notre Société. Pendant dix ans il a présidé nos réunions ; nous savons tous avec quel éclat et quelle maîtrise il a conduit les débats et avec quelle clarté il en résumait les discussions. Il était profondément attaché à notre Société où il se sentait entouré des sympathies de tous. C'est grâce à son activité, à son assiduité, à ses efforts incessants que notre Société est devenue une des sociétés scientifiques les plus brillantes et les plus fécondes. Grâce à l'impulsion qu'il a donnée, nos travaux se sont maintenus à une hauteur scientifique très grande, l'école de Saint-Louis a gardé le premier rang où l'avaient placée les travaux des Alibert, des Cazenave, des Devergie, des Bazin, des Hardy et de tant d'autres.

Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société.

Par M. HALLOPEAU.

Notre Société a été cruellement éprouvée pendant l'année qui vient de s'écouler : notre excellent collègue Gémy, nos éminents membres correspondants Kaposi, Jarisch et Hans v. Hebra viennent de nous être enlevés.

Gémy, chargé depuis 1883 du cours des maladies cutanées et syphilitiques, à l'École de médecine d'Alger, y a fait jusqu'à ces derniers temps un enseignement des plus utiles : il était à la tête de ce corps médical Algérien qui s'attache avec tant de succès à déterminer l'influence du milieu et de la race sur les modes de réaction de l'organisme. Nous avons été plusieurs fois à même de constater, lors de ses visites à Saint-Louis, sa connaissance approfondie des maladies de la peau. Il a publié une partie de ses leçons ; nous mentionnerons plus particulièrement celles qui ont trait à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes, à la maladie de Madura, à la lèpre des Kabyles, à la durée de l'immunité vaccinale aux différents âges de la vie, à l'hygiène de la peau. Nous avions plaisir à le voir, dans nos réunions, donner des marques de son affabilité et à l'entendre causer avec sa grande compétence, des choses de l'Algérie qu'il connaissait si bien. Sa disparition nous laisse un profond regret.

Kaposi était un des chefs de la dermatologie internationale ; en France, nous avons tous étudié les maladies de la peau dans ses excellentes leçons que nos collègues Besnier et Doyon nous ont mis à même de lire si facilement et agréablement. Il a présidé tous nos congrès spéciaux depuis 1889, et il y a pris une part des plus actives ; il semblait qu'il dût toujours rester à la tête de ces assemblées ; on y aimait sa physionomie franche et spirituelle, son accueil toujours cordial et plein d'aménité ; il laissera un grand vide parmi les dermatologues.

La mort du professeur Jarisch est également un deuil pour tous les médecins qui s'occupent de maladies cutanées ; auteur d'un excellent traité, il était un de ceux que l'opinion publique désignait comme pouvant aspirer à la succession de Kaposi.

Hans v. Hebra, professeur de dermatologie à Vienne, portait dignement son nom ; on lui doit de nombreuses et intéressantes publications; tous ceux d'entre nous qui ont été dans cette capitale à l'occasion du Congrès de 1892 ont gardé le souvenir de son aimable hospitalité.

La Société dermatologique de Vienne se trouve ainsi triplement frappée à la tête : nous la prions de nouveau d'agréer l'expression bien sincère de notre vive condoléance.

Malgré ces pertes multiples et profondément regrettables, la dermatologie continue à progresser et nous ne craignons pas de dire que notre Société donne à cet égard le témoignage d'une grande fécondité ; comme toujours, ses séances ont abondé cette année en intéressantes communications.

Je me permettrai d'appeler plus particulièrement l'attention sur celles qui, le mois passé, ont eu lieu à Toulouse ; pour la seconde fois depuis sa fondation, notre Société a mis à profit l'article de son règlement qui lui permet de tenir en province sa session d'avril. Nous adressons à notre excellent collègue Audry nos plus chaleureux remerciements pour la cordialité avec laquelle il nous a reçus dans la ville où il enseigne avec tant de succès notre science ; grâce à lui, nous avons pu faire connaissance, dans les conditions les plus favorables, avec cette capitale, si lettrée et artistique, du Languedoc et constater que les études scientifiques y sont poursuivies avec ardeur, notamment celles qui ont trait à la dermatologie. Nous n'aurons à exprimer qu'un regret à l'occasion de cette session provinciale, c'est que les Parisiens s'y soient trouvés en majorité ; l'école dermatologique à Bordeaux est en effet la seule de tous nos centres provinciaux qui y ait été représentée. Le chef de son personnel enseignant, notre excellent collègue M. Dubreuilh, a bien voulu nous convier dans cette ville pour notre prochaine réunion de province ; je ne doute pas que notre Société ne saisisse avec empressement cette occasion d'aller constater les progrès de la dermatologie dans cette autre capitale du Midi. Nous formons des vœux pour que, d'ici là, cette ville soit dotée de la chaire spéciale qui lui fait encore défaut.

A Paris, nous continuons à nous plaindre de la surabondance des matériaux ; il nous est trop souvent impossible de trouver le temps nécessaire pour discuter à fond les faits si nombreux qui nous sont communiqués ; diverses propositions ont été émises pour remédier à cet état de choses, nous ne pouvons savoir encore si elles aboutiront à des résultats pratiques ; le mieux serait sans doute d'augmenter le nombre de nos séances ; mais, jusqu'ici, *deficit pecunia*.

Vous allez être, Messieurs, appelés à modifier la composition de votre bureau ; notre cher et éminent président M. Besnier vous demande de ne pas lui renouveler son mandat. Votre Comité de direction vous propose de le nommer président d'honneur. Pendant ses dix années de présidence, M. Besnier, toujours attentif à ne pas laisser passer un fait sans en mettre en relief la valeur ou les difficultés, toujours prêt à prendre l'initiative de grandes discussions relatives aux questions d'un intérêt dominant, toujours à l'affût des idées nouvelles et des vues originales, a dirigé nos débats avec une activité qui n'avait d'égales que sa clairvoyance et sa grande autorité.

Nous avons confiance qu'il continuera à suivre régulièrement nos séances et à nous y prêter constamment le concours de son expérience consommée, de son esprit clinique et de sa sagacité.

Nous vous proposons de nommer en même temps présidents d'honneur nos éminents collègues Doyon et Mauriac, tous deux fondateurs de notre Société, tous deux à la tête de notre science.

Vous allez être heureux, Messieurs, d'appeler à votre présidence le Maître qui, depuis 25 ans, enseigne avec tant d'éclat la clinique dermatologique et syphiligraphique dans cet hôpital ; il ne m'appartient pas d'exprimer ici nos sentiments unanimes à son égard ; je me permettrai seulement de dire que nous lui serons profondément reconnaissants de vouloir bien accepter ces fonctions, au grand intérêt de notre Société.

Notre affectionné collègue M. Tenneson, qui fait depuis longtemps partie de notre comité de direction, se trouvant dans l'impossibilité de prendre part régulièrement à nos travaux, votre comité vous propose de le nommer membre honoraire.

Un dernier mot en ce qui concerne notre musée : notre production de moulages a dû se ralentir depuis six mois dans une mesure des plus regrettables ; la faute n'en est pas à notre grand artiste Baretta dont les dernières productions dénotent la même activité féconde et juvénile, mais bien au budget malheureusement réduit à son égard : grâce à la bienveillante intervention de M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, que nous prions ici d'agréer nos biens vifs et sincères remerciements, grâce aussi au bon vouloir éclairé de la commission municipale, cette insuffisance n'aura été que passagère, et nous sommes heureux de vous faire savoir que le crédit alloué à Baretta vient d'être ramené à son taux normal, au grand bénéfice de notre école de Saint-Louis, de notre Société dermatologique et aussi des malades.

Ce rapport, Messieurs, est le dernier que j'aurai l'honneur de vous lire en qualité de secrétaire général de notre Société : pendant les dix années où nous avons rempli ces fonctions, nous nous sommes constamment efforcé, avec le concours de nos zélés secrétaires, de donner un fidèle compte rendu de nos séances ; permettez-moi de vous rappeler de plus que nous avons obtenu la reconnaissance d'utilité publique de notre Société, ce qui nous a déjà mis à même de recueillir le don généreux de Zambaco, et aussi, qu'en appelant à figurer parmi nous, au titre de membres correspondants, la plupart des dermatologues qui travaillent à l'étranger, nous avons augmenté notre sphère d'influence. Si vous voulez bien, Messieurs, comme nous vous le proposons, transmettre ces fonctions à notre excellent collègue Du Castel, je les résignerai d'un cœur tranquille, en exprimant le vœu que, sous son égide, et sous celle

du président que vous allez élire, notre Société prenne un nouvel essor.

Le personnel de notre Société a continué à s'accroître : M. H. Fournier, Bizart, Bisserié, Malherbe, Carles, Milian, Rist, Chatin, Darbois, Jean Ferras ont été nommés membres titulaires ; MM. Behrend, Blaschko, Caspary, Colombini, Falcao, Galloway, Jamieson, Jarisch, Lustgarten, Mracek, Spiegler, Pardo Regidor, Elliott, Majocchi, Moeller, Proksch, Filaretopoulo, Lebel, Vieira, membres correspondants. Nous souhaitons la bienvenue à nos nouveaux collègues.

Traitement du lupus par le permanganate de potasse.

Par M. Hallopeau.

Dans notre session Toulousaine, M. Leredde a fait au traitement du lupus par le permanganate de potasse deux reproches qui ne me paraissent pas justifiés : d'une part, l'usage de ce médicament ne pourrait jamais donner une guérison complète; d'autre part, on devrait à priori le considérer comme impuissant à agir sur les lésions profondes de la peau qui lui seraient inaccessibles.

En premier lieu, nous avons vu souvent la grande majorité des nodules disparaître sous l'influence du traitement topique par le permanganate : ce succès indique la possibilité d'une guérison complète, car on ne concevrait pas comment un médicament capable d'influencer la grande majorité des nodules resterait impuissant à l'égard des autres.

Et, en fait, nous pouvons citer au moins un cas authentique de guérison : il s'agit de la première malade que nous avons montrée à la Société comme améliorée par ce traitement : nos collègues en ont certainement gardé le souvenir; il s'agissait d'un lupus invétéré occupant profondément la plus grande partie du visage ; or cette malade vient d'être opérée par M. Berger qui lui a fait une autoplastie ; s'il s'est décidé à intervenir, c'est que la guérison était complète. Nous en avons aussi pour témoin cette autre malade ; il l'a également reçue dans son service, dans l'intention de l'opérer, et s'il ne l'a pas fait, c'est que la guérison ne lui a pas paru absolue. Si vous voulez bien examiner cette femme, vous pourrez constater que, presque partout, les nodules lupiques ont disparu ; il n'en reste qu'un petit nombre de douteux au niveau du menton, encore leur nature tuberculeuse est-elle contestable : nous allons en avoir le cœur net en injectant cette malade suivant la méthode d'investigation mise en œuvre en Allemagne, particulièrement par M. Neisser, d'abord 1/10 de milligramme, puis, si la réaction est nulle, un milligramme de la vieille tuberculine de Koch.

Je puis encore vous citer comme un cas de guérison complète, tout au moins en apparence, une malade atteinte d'un lupus du pouce : il n'y a plus chez elle trace de nodules apparents.

Pour ce qui est de la comparaison avec le traitement par la photothérapie, voici un fait instructif : cette malade, couchée au 29 de notre salle Lugol, atteinte d'un lupus presque généralisé de la face, est traitée depuis plus de deux ans par la photothérapie dont elle a subi, sur le côté droit, 284 séances, et depuis quatre mois seulement par le permanganate ; des deux côtés, les nodules se sont pour la plupart effacés, mais, les lésions continuent à occuper d'une manière manifeste et continue tout le côté traité par Finsen, tandis que, du côté traité par le permanganate, les îlots persistants sont tous séparés par des intervalles plus ou moins étendus de tissu cicatriciel.

M. Leredde. — Je pense que, dans la question si grave du traitement du lupus, nous devons chercher avant tout à fournir aux médecins une ligne de conduite précise dans chaque cas particulier — de manière que les malades ne soient pas victimes d'erreurs de direction — et éviter qu'aucun procédé nouveau ne soit recommandé d'une manière affirmative sans qu'on puisse donner en détail ses indications, ses avantages, ses inconvénients. C'est ce que je me suis efforcé à faire pour la photothérapie. D'autre part, je m'oppose aussi à l'emploi dans la thérapeutique régulière du lupus de méthodes que je considère comme non curatives, comme il en paraît tous les jours et je répète ce que j'ai dit : Tout agent employé dans le traitement du lupus et qui n'est pas curatif est dangereux, et d'autant plus qu'il donne des résultats extérieurs plus satisfaisants, parce qu'il fait perdre du temps aux malades. Nous ne devons employer dans les lupus curables que les méthodes curatives puisqu'il en existe.

M. Hallopeau paraît croire aujourd'hui que le permanganate est une méthode curative ; il ne peut en être ainsi à priori vu la profondeur qu'atteint régulièrement le lupus de la face. L'apparence excellente, l'aspect remarquable des malades de M. Hallopeau ne doivent pas impressionner. J'attendrai pour croire à leur guérison des examens histologiques qui démontreraient la guérison des lésions tuberculeuses profondes, ou l'absence de récidives pendant plusieurs mois au moins.

M. Gastou. — A propos de guérison du lupus, nous avons insisté à la session de Toulouse, avec MM. Baudouin et Chatin, sur la différence qu'il y a entre la guérison clinique et la guérison anatomique du lupus, la première ne pouvant être qu'apparente, la seconde réelle. A ce sujet je demanderai à M. Leredde s'il a eu occasion de faire des examens histologiques de lupus traités.

M. Leredde. — La photothérapie est une méthode supérieure aux autres, précisément en ce sens que son action est plus profonde. L'examen histologique en fait la preuve en démontrant les modifications des tissus qui se produisent après l'action de la lumière.

M. Barthélemy. — Le lupus est une affection essentiellement récidivante,

récidivante par nature pour ainsi dire. Quand cette lésion tuberculeuse n'est pas très étendue, si elle est énergiquement traitée dès son début, la guérison peut être obtenue, plus ou moins rapide ; mais il est habituel, quel que soit le procédé employé, de constater, au bout de quelques années ou plus tard, des récidives. On pourrait alors dire que, le terrain restant favorable à la graine, il s'agit, non de récidive, mais de nouvelles inoculations. A mon avis, c'est l'ancienne lésion qui a reparu, la guérison n'ayant pas été absolue. Je dois dire que, jusqu'à ce jour, je n'ai pas vu, dans les grands et anciens lupus, de guérisons *définitives*, bien qu'on en obtienne de durables. Mon objection s'applique aussi bien aux moyens physiques (Finsen, électricité, pointes de feu, raclage ou curettage, etc.) qu'aux moyens chimiques.

Il va sans dire que les appareils photothérapiques et radiothérapiques marquent un très grand progrès dans le traitement des lupus; je demande seulement si les guérisons sont définitives. En ce qui concerne le permanganate de potasse, je pense, comme M. Leredde, que les guérisons ne sont que passagères. Cette proposition n'est encore appuyée que sur quelques faits; aussi est-elle faite avec réserve. Un de mes jeunes malades a un lupus de la joue qui est très rebelle; je l'ai brûlé, puis raclé et quand l'escarre est tombée, j'ai rempli la plaie de poudre iodoformée, puis de sous-carbonate de fer et enfin de permanganate de potasse (en application passagère). La cicatrisation a été obtenue ; mais les lésions lupiques ne sont pas encore cette fois complètement éteintes, et j'observe en ce moment même une nouvelle récidive.

Quelques malades traités par la photothérapie (appareil Foveau-Trouvé).

Par M. Du Castel.

A la réunion de notre Société à Toulouse, nos collègues Gastou, Leredde, Chatin vous ont communiqué les résultats que leur avait fournis la photothérapie : permettez-moi de vous dire quelques mots des faits que j'ai observés.

Les malades que j'ai traités étaient atteints de lupus tuberculeux, de gommes tuberculeuses, de chéloïdes, de lupus érythémateux, d'épithéliomes. Les résultats, obtenus pour ces deux dernières classes, surtout pour la dernière, ont été des plus modestes, si j'excepte un lupus érythémateux datant de cinq ans guéri après 8 séances de photothérapie.

La guérison des gommes tuberculeuses a paru sensiblement activée. Les malades atteints de lupus tuberculeux, étaient des malades anciennement et gravement atteints, ayant été soumis sans succès aux traitements ordinaires. J'ai continué à traiter par l'excision, le raclage, les scarifications simples ou ignées les malades atteints de lupus circonscrits susceptibles d'être guéris rapidement par l'une ou

l'autre de ces méthodes. Voici quelques échantillons des malades actuellement en traitement : vous verrez qu'ils constituent des malades ordinairement rebelles à nos traitements anciens.

B. R..., 23 ans, fille d'un père tuberculeux, a eu la rougeole à l'âge de 13 ans. A cette époque, diagnostic de lupus de la gorge ; plus tard, diagnostic de lupus de la gorge et du nez par le docteur Ferrand, chirurgien de l'hôpital de Blois, envahissement successif de la peau du nez et des joues, du pied, du bras droit atteint d'adénite tuberculeuse et de fistule périostique, du bras gauche à la suite de l'application d'un vésicatoire. Traitement sans succès par les scarifications ignées, les pointes de feu, diverses pommades.

A l'entrée de la malade à l'hôpital au mois de juin 1901, lupus tuberculeux étendu des joues, ulcéré sur plusieurs points; narine gauche en partie détruite; muqueuses nasale et buccale envahies. Fistule à la partie inférieure et interne du bras droit. Plaque lupique au niveau du bras gauche, de l'étendue de la paume de la main environ.

La photothérapie est commencée le 26 juin. Le nombre des séances pratiquées jusqu'à ce jour est de 220. Au début, les séances étaient de dix minutes environ; aux mois de septembre, octobre et novembre, elles furent poussées à 20′ et 30′ ; depuis le mois de décembre, elles sont de 50′ et 60′. Les résultats obtenus sont la cicatrisation de la fistule du bras droit après 30 séances; la guérison apparente de la plaque lupique du bras gauche; une guérison presque complète de la face.

J'ai essayé ce que produirait la projection de rayons dans les fosses nasales au moyen d'un spéculum nasal: une première séance provoqua une céphalée intense passagère; une seconde séance fut suivie de syncope; des séances plus courtes furent bien supportées; elles n'ont amené aucun résultat bien appréciable, peut-être une facilité un peu plus grande de la respiration nasale.

Marie M..., 25 ans, est atteinte depuis 1900 d'un lupus qui occupe l'extrémité du nez et la lèvre supérieure.

Je la soumets à un traitement sans compression, l'appareil étant maintenu à 3 ou 4 centimètres du nez. Je voulais voir jusqu'à quel point une photothérapie sans compression resterait impuissante ou non, contre un lupus ; je voulais voir s'il fallait ou non condamner d'une façon absolue avec le professeur Finsen la photothérapie sans compression. Si ce mode de traitement n'était pas absolument inefficace, on pourrait peut-être, en le perfectionnant, l'employer pour les régions de surface irrégulière où la compression est difficile ou même impossible à pratiquer régulièrement ; on pourrait peut-être l'utiliser contre le lupus des muqueuses, particulièrement contre le lupus de la muqueuse nasale, si désespérant pour nos procédés de traitement actuels. Les résultats obtenus ont été plus marqués que je n'osais l'espérer; la malade, après 65 séances, est considérablement améliorée; une grande partie de la lésion est guérie; on peut espérer une guérison prochaine.

Mme M..., 42 ans, est atteinte d'un lupus dont le début remonte à 25 ou

30 ans et qui a résisté à tous les traitements. Il occupe le front, les deux joues, l'oreille gauche; sa forme est un peu particulière : la peau est considérablement tuméfiée; son aspect est cireux et blafard ; toute l'étendue des parties envahies est semée d'une quantité innombrable de petits tubercules sucre d'orge. C'est une malade difficilement curable par nos procédés ordinaires. Cette forme de tuberculose avec infiltration inflammatoire et grains tuberculeux si nettement distincts l'un de l'autre me paraît des plus favorables pour voir jusqu'à quel point la photothérapie agira sur l'infiltration inflammatoire péritubercuIeuse, jusqu'à quel point elle agira sur le tubercule même. Le front a déjà été sensiblement amendé par un traitement photothérapique pratiqué sous la direction du docteur Leredde. Sous l'influence du traitement fait dans le service, les parties latérales des joues ont perdu leur tuméfaction; celle-ci est remplacée par un tissu blanc nacré au milieu duquel on ne distingue plus de tubercules : ceux-ci paraissent guéris par l'influence de la photothérapie aussi bien que l'infiltration diffuse. Cent quarante séances ont été nécessaires pour arriver à ce résultat.

Les résultats, que je viens de mentionner, sont assurément excellents; on pourra reprocher la lenteur d'action du traitement : celle-ci n'est peut-être pas absolument imputable à la méthode. Une grande partie en revient sans doute à une installation provisoire. Jusqu'ici j'ai pratiqué la photothérapie en me servant de la prise de courant installée pour l'éclairage de mon laboratoire ; je me sers de l'appareil Foveau-Trouvé, fourni gracieusement par M. Trouvé et le Dr Foveau qui surveille le fonctionnement et s'efforce tous les jours de le perfectionner ; plusieurs fois le traitement a dû être interrompu par suite de travaux exécutés dans mon laboratoire. J'espère avoir bientôt un fonctionnement plus régulier ; M. le Directeur de l'Administration de l'Assistance publique, désireux de procurer toutes les ressources de la thérapeutique moderne aux malades qui viennent demander l'assistance de son administration, a ordonné qu'une installation plus perfectionnée fût mise à ma disposition.

Un certain nombre de fautes d'application ont peut-être aussi contribué à la lenteur des résultats.

La manière de procéder, que nous avions adoptée au début, a dû être sensiblement modifiée. Au début, nous avons poursuivi le record de la vitesse ; comme le professeur Lortet et le Dr Genoud, comme notre collègue Gastou, notre ambition était de produire le plus rapidement possible la phlyctène, de faire les séances de photothérapie le plus courtes possible. Nous avons obtenu des résultats avantageux ; mais, après quelques mois, il nous a paru que nos résultats étaient moins marqués que ceux annoncés par Finsen, que ceux obtenus par notre collègue Balzer par l'emploi de l'appareil Finsen ; c'est du moins ce qui me semblait ressortir des conversations que j'avais avec ce dernier collègue, très au courant de la

question de la photothérapie. L'infériorité relative de nos résultats me contrariait pour l'honneur de nos nouveaux appareils ; je ne trouvais pas son explication dans une infériorité de production des rayons. Ces résultats inférieurs provenaient peut-être de la différence de durée des séances d'application.

Au début, nous regardions comme chose regrettable, pour l'appareil Finsen, la nécessité de prolonger les séances d'application pendant un temps fort long, une heure et plus ; ce que nous regardions comme regrettable, la longue durée des séances, était peut-être la cause des succès du professeur danois.

Dès le mois d'octobre, nous nous mîmes à allonger systématiquement la durée des séances, les faisant quelquefois d'une heure et plus. Depuis que nous avons adopté cette manière de faire, les résultats obtenus sont plus marqués et plus rapides. La première malade, que je vous ai présentée, a subi une amélioration beaucoup plus prompte depuis que des séances de longue durée lui ont été faites.

En même temps que nous allongions la durée des séances, nous avons diminué l'intensité du courant ; avec des courants tournant autour de 6 ampères, nous avons obtenu des résultats à peu près aussi marqués qu'avec des courants de 12 ampères. Il ne paraît pas nécessaire de produire la phlyctène pour arriver à de bons résultats ; du reste, celle-ci a pu être obtenue par des courants très faibles, 1 à 2 ampères, suffisamment prolongés (Foveau). Je suis arrivé à faire partie des partisans des séances longues.

Il semble que la lésion ne doive pas être saisie par une action intense qui n'agirait qu'à la surface, mais, permettez-moi l'expression, qu'elle doive être pour ainsi dire cuite à petit feu par une action peu intense, lentement pénétrante. Il suffirait de courants faibles agissant lentement et profondément jusque dans les dernières limites du mal. Le succès dépendrait plus de la longueur des séances que de l'intensité de production des rayons.

Voici les résultats, les impressions, auxquels nous sommes arrivés dans une étude qui n'est encore qu'à ses débuts. Il est permis d'espérer que, grâce aux efforts des chercheurs qui poursuivent la découverte d'appareils simplifiés, grâce à une étude plus complète des divers modes d'application, la photothérapie pourra devenir une méthode plus active encore, pratique, à la portée de la plupart des médecins. Grâce à la méthode inventée par l'éminent professeur Finsen, nous deviendrons puissants contre des formes de lupus pour le traitement desquelles nous étions à peu près désarmés, plus puissants contre des formes pour lesquelles nous obtenions difficilement des résultats ; cependant je ne crois pas que cette méthode arrive à supplanter complètement ses anciennes.

M. Leredde. — J'attire l'attention des personnes présentes sur l'état de la figure chez la dernière malade présentée par M. Du Castel. Cette malade offre un lupus hypertrophique éléphantiasique de la face entière ; je ne crois pas qu'aucun de nos collègues puisse dire que ce lupus est curable par une des anciennes méthodes quelle qu'elle soit. Elle est atteinte de lupus depuis 25 ans ; j'ai rapporté son observation dans la dernière séance de la Société. Quand je l'ai vue, je l'ai considérée comme incurable par la photothérapie et, en avril dernier, je la considérais encore comme telle dans ma communication. Je l'ai mise en traitement parce que je lui ai reconnu une énergie extraordinaire et parce que, certain de l'impuissance de tous les autres procédés, j'étais en droit d'essayer la méthode de Finsen. Après un grand nombre de séances, j'obtins une cicatrisation marquée de certaines lésions du front et de la face. Pour des raisons matérielles, la malade est venue à l'hôpital Saint-Louis.

Aujourd'hui je suis frappé de voir l'amélioration produite, l'état cicatriciel étendu, surtout sur le front, où on trouve seulement des tubercules isolés au lieu d'un tissu uniformément lupique. Je ne suis pas encore sûr que la malade guérisse. Je crois qu'il lui faudrait pour cela encore un an de traitement ; *mais je déclare qu'aucun fait n'est encore pour moi plus démonstratif de la puissance de la photothérapie.*

M. Du Castel. — Je ne puis que confirmer ce que dit M. Leredde et j'ajouterai que l'essai du permanganate de potasse dans ces cas ne m'a donné aucun résultat appréciable.

Gangrène foudroyante de la verge.

Par M. Danlos.

X..., 30 ans, marié, n'ayant pas vu depuis longtemps d'autre femme que la sienne, a eu le samedi 5 avril un dernier rapport dans lequel il n'a remarqué rien d'anormal. Le dimanche il fit quelques excès de boisson, et le surlendemain lundi, fut pris d'un malaise général avec fièvre, frissons, inappétence absolue, faiblesse, etc. Ce malaise dura deux jours sans se compliquer d'un état local. Le mercredi 9, notre malade ressent un peu de douleur dans la verge et remarque sur la face muqueuse du prépuce un petit bouton blanc (?). Quand il se présenta à la consultation le vendredi 11, le malaise général persistait ; le malade était pâle, décoloré, avec tendance syncopale. La verge, énormément tuméfiée en battant de cloche, était œdémateuse sans rougeur. L'orifice préputial seul était rouge, et de lui pendait un gros caillot rouge allongé ayant l'apparence d'une sangsue, dont s'échappaient incessamment quelques gouttes de sang. Il n'y avait pas trace de sphacèle, pas de ganglions dans l'aine. La miction était facile et sans douleur. Je pensai à une chancrelle sous-préputiale ulcéreuse, et comme l'indication principale était d'arrêter le sang dont le malade perdait par ce suintement une grande quantité, je prescrivis des applications réfrigérantes. Deux jours plus tard, quand je revis le patient, le tableau

morbide était absolument modifié. Le prépuce n'existait plus, sauf dans la région du frein qui persistait sous forme d'un éperon mousse. On aurait dit que le malade avait subi une circoncision régulière au bistouri. Quarante-huit heures au plus avaient suffi pour le développement du sphacèle et l'élimination de l'escarre.

En raison de cette évolution je crus devoir modifier mon diagnostic primitif; car le sphacèle dans le chancre mou n'a pas cette rapidité. Rapprochant cette rapidité du malaise général, qui pendant plus de 2 jours avait précédé les accidents locaux, je me trouvais conduit au diagnostic de gangrène foudroyante de la verge. M. Fournier, à qui je fis voir le malade, partagea cette opinion. J'aurais voulu en démontrer la justesse par la confrontation, car l'absence de chancre mou chez la femme de notre malade aurait été décisive, malheureusement je ne pus l'obtenir. L'examen bactériologique fait par M. le Dr Gastou n'a révélé rien de caractéristique.

M. Gastou. — L'examen direct sur lames est négatif en ce qui concerne le bacille du chancre mou et montre un polymorphisme microbien caractérisé surtout par l'existence de staphylocoques, de diplocoques, de bâtonnets et bacilles; il n'existe pas de spirilles. La culture faite à l'air et dans le vide sur milieux habituels (bouillon peptonisé, gélatine, agar) et sur milieux placentaires donne une variété de staphylocoque dont le groupement est en amas, en diplocoques ou en chaînettes de trois à quatre éléments. Les bâtonnets et bacilles n'ont pas cultivé. On ne peut donc conclure d'une façon absolue à l'existence pathogène d'un parasite bien déterminé. S'il existe du staphylocoque, celui-ci est trop banal en général pour produire à lui seul dans les conditions habituelles de pareilles lésions.

M. Alfred Fournier. — Il arrive en effet souvent que l'examen bactériologique ne peut donner l'explication suffisante de ces gangrènes et l'ignorance du pourquoi existe souvent.

M. Sabouraud. — On y rencontre généralement le streptocoque à l'état de culture pure. M. Veillon a vu également dans des cas analogues un bacille anaérobie à forme ramifiée.

M. Barthélemy. — Je signale seulement à titre de diagnostic différentiel, la possibilité, dont j'ai observé un exemple, de gangrène du fourreau et du prépuce par une pustule maligne.

Tuberculose cutanée très étendue (lupus éléphantiasique). Traitement partiel par le radium et par une pâte minérale au permanganate de potasse. Considérations sur la coexistence aux mêmes points de l'éléphantiasis et de la tuberculose.

Par M. Danlos.

T..., 29 ans, menuisier.

Pas d'hérédité tuberculeuse. Pas d'étiologie appréciable. Début de la

maladie vers l'âge de 16 ans. En l'espace de deux ou trois mois, tous les points pris actuellement auraient été envahis. Indépendamment de ses lésions cutanées, le malade présente une cicatrice saillante à la partie moyenne du pharynx, cicatrice sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement.

Quatre foyers morbides principaux : la jambe gauche, les deux mains, le nez.

Jambe gauche. — Elle paraît avoir été le siège initial du mal. On y constate une tuméfaction éléphantiasique énorme causée par un œdème dur qui disparaît graduellement au-dessous du genou. La peau, d'aspect pachydermique, y est rugueuse, épaisse, sclérodermisée sans localisation tuberculeuse appréciable.

Au pied, deux espèces de lésions morbides : sur la face dorsale, saillies papillomateuses revêtues d'une carapace cornée très épaisse, et groupées en bandes tranversalement dirigées comme les plis de flexion du pied. Les éléments papillomateux sont séparés les uns des autres par de profonds sillons dont la surface est sèche et non suppurative. Une autre bande semblable à la face interne du pied sous la malléole. Les orteils sont déformés, triplés au moins de volume, moulés les uns sur les autres par pression réciproque, hérissés de grosses papilles rondes sans revêtement corné comme les précédentes (macération) et rappelant, comme elles, le lichen hypertrophique de Hardy. Le deuxième et le troisième orteil ont perdu leur ongle; le pouce a conservé le sien mais il est incarné avec périonyxis.

A la plante du pied et sur la plus grande partie du bord interne, les lésions ont un aspect différent. Ce sont des saillies plates ou arrondies, formées de papilles molles et suintantes ayant typiquement l'aspect de la tuberculose végétante.

Au dire du malade, la lésion a évolué d'une manière lentement progressive, entrecoupée de temps en temps, principalement à la suite de fatigue, par des poussées temporaires de lymphangite aiguë (fièvre, frisson, rougeur, etc.).

Main gauche. — Le petit doigt, l'index et le pouce ainsi que la paume sont respectés. Un foyer végétant tuberculeux occupe toute la surface du médius, d'autres sont disséminés sur la première phalange de l'annulaire, la face dorsale du poignet, la face antéro-interne de l'avant-bras. On y constate un cordon induré de lymphangite chronique et un ganglion épitrochléen très développé. Pas d'adénopathie axillaire, cicatrice d'ancien foyer tuberculeux sur le devant de l'aisselle.

Main droite. — La face dorsale est envahie dans presque toute son étendue par une tuberculose végétante. La paume est prise aussi vers le bord cubital. On trouve en outre de très nombreux foyers tuberculeux et végétants sur toute la face antérieure de l'avant-bras. Ganglions épitrochléens très tuméfiés.

Nez. — Le lobule et la partie voisine des ailes sont atteints par une lésion de même nature ; indépendamment des localisations précédentes existent encore d'autres foyers tuberculeux, notamment sur le haut de la cuisse droite et la partie voisine de l'abdomen.

Pas de lésion pulmonaire appréciable. Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine. Rien au cœur. Séborrhée pityriasiforme du cuir chevelu avec calvitie précoce.

Ce malade a été soumis au traitement par le cacodylate de soude (10 centigrammes par jour en ingestion stomacale) et l'huile de foie de morue additionnée de créosotal, et sous cette influence une légère rétrocession s'est produite.

Localement des applications de radium ont été faites sur la main gauche ; mais en raison de la nature végétante de la lésion l'effet n'a pas été considérable. Bien que nous n'ayons pas encore des effets du radium une expérience étendue, il nous a semblé, *au moins avec l'intensité* radiante dont nous disposons, que l'action sur les tissus végétants de toute nature est très faible. Dans un cas de cancroïde végétant développé sur une cicatrice de lupus, l'effet, malgré une application prolongée, nous a paru presque nul.

Sur la main droite, nous avons fait avec un peu plus de succès des applications de permanganate de potasse, par un procédé que nous avons déjà employé avec avantage dans 5 ou 6 cas de lupus tuberculeux.

Frappé de l'action favorable, mais insuffisante et surtout lente du permanganate en solution, nous avons employé ce corps en nature. En poudre l'action est difficile à limiter parce que la poudre se dissémine sous le pansement. Nous évitons cet inconvénient en employant le permanganate à l'état de pâte. Pour empêcher la réduction du produit, nous employons comme agglutinatif une substance minérale liante mais inoxydable. On peut utiliser, à cet effet, le silicate de soude et l'alumine gélatineuse. Nous donnons la préférence à cette dernière substance dont une petite quantité délayée dans l'eau suffit à agglutiner la poudre de permanganate. On pourrait vraisemblablement employer dans le même but une multitude d'autres substances minérales; par exemple l'oxyde de zinc gélatineux, l'acide phosphorique sirupeux, etc. Pour avoir une action plus énergique, ce qui dans certains cas nous paraît nécessaire, on pourrait agglutiner la poudre avec du chlorure de zinc en deliquium.

La pâte de permanganate ainsi préparée, nous l'appliquons avec une spatule sur toute la surface malade et la laissons en place un temps variable depuis 2 ou 3 heures jusqu'à 24, suivant la résistance du malade, car l'application est très douloureuse. L'action est énergique et prompte, le tissu morbide est plutôt rongé qu'escarrifié, et quand la couche noire de permanganate réduit tombe, ce qui demande un ou deux jours, on voit une surface d'aspect pseudo-membraneux qui se déterge très vite et se couvre de bourgeons de bonne nature. La réparation est très prompte et l'effet immédiat très satisfaisant.

Nous craignons toutefois que l'action ne soit insuffisante, et pour la rendre plus efficace, nous faisons précéder, dans le lupus; l'application de la pâte d'un curetage.

La méthode est encore d'emploi trop récent pour que l'on puisse la préconiser au point de vue du résultat éloigné, mais les effets immédiats sont réellement très favorables et obtenus dans un temps relativement court.

La jambe n'a pas été soumise à un autre traitement local que le repos au lit et des pansements de propreté. Sous cette influence le membre a diminué de volume et il en a été de même des saillies d'apparence pachydermique; mais les lésions tuberculeuses ont été peu modifiées. Ce défaut de modification parallèle nous conduit à penser que dans les cas de cette nature, la lésion totale (lupus éléphantiasique) résulte peut-être de la superposition des deux états morbides, le lupus relevant de la tuberculose, lésion primordiale; la pachydermie et l'œdème éléphantiasique, d'une infection secondaire surajoutée, grâce aux traumatismes et aux effractions de la peau par la tuberculose antérieure. A l'appui de cette interprétation nous rappellerons aussi qu'il s'est développé chez ce malade, tout comme dans l'éléphantiasis ordinaire, des poussées de lymphangite aiguë différentes par conséquent de la lymphangite tuberculeuse qui est essentiellement chronique.

M. Gastou. — J'ai fait avec M. Vieira l'étude histologique des lésions du malade qui vient d'être présenté par M. Danlos.

Deux biopsies ont été pratiquées, l'une sur une partie végétante; l'autre sur une région ulcérée; fixation au Müller et à l'alcool; colorations acides et basiques et par le procédé de Van Gieson.

L'aspect des coupes, le même dans chacune des régions, présente à un faible grossissement trois particularités saillantes : 1° une végétation épidermique très accentuée; 2° des cavités multiples aussi bien dans la région épidermique que dans la zone papillaire et sous-papillaire; 2° des amas d'infiltration disséminés surtout dans les zones moyennes et profondes de la peau.

L'épiderme est modifié non seulement dans son épaisseur, mais encore dans sa texture. Les digitations épidermiques pénètrent profondément et dessinent des papilles plus ou moins volumineuses, mais dont toutes ont comme caractère prédominant d'être occupées en grande partie par une large cavité, généralement vide, dans quelques cas contenant des amas granuleux. Ces cavités n'ont pas de parois propres, sont ovalaires ou irrégulières. A un fort grossissement, on voit à côté d'elles de petits capillaires, l'infiltration cellulaire y est relativement peu intense.

L'épiderme est épaissi, il y a prolifération des couches superficielles, transformations vacuolaires des cellules, diapédèse intra-épidermique de lymphocytes, et surtout kératinisation très accentuée par places. La couche granuleuse a disparu dans presque tous les points, entre elle et la couche

de cellules polyédriques existe une zone prenant mal les colorants et formant des bandes de cellules allongées dont le noyau se colore mal; cette couche est analogue au stratum lucidum dont l'épaisseur serait très augmentée. Au-dessus de cette zone claire existent des amas de cellules diversement altérées : les unes ont subi une kératinisation complète ou incomplète, les autres ont des amas pigmentaires ou des débris de noyaux. Enfin, limitant l'épiderme, on note, là où il n'y a pas ulcérations, des cellules cornées à noyaux très colorés.

L'infiltration par places a fait éclater la zone épidermique et fait communiquer la surface libre avec la profondeur. Cette infiltration est surtout évidente autour des petits vaisseaux et des grandes cavités lacûnaires, elle masque les glandes sudoripares qu'il faut chercher avec soin pour les retrouver au milieu des amas de cellules infiltrantes.

Ces cellules, peu abondantes dans les papilles, sont plus nombreuses dans les parties profondes. Elles forment en ces points de gros amas dont quelques-uns sont centrés soit par un vaisseau encore perméable, soit par des cellules géantes groupées en cercle.

On note alors autour des cellules géantes une transformation dégénérative du tissu avoisinant et tout autour l'amas cellulaire.

Les cellules d'infiltration sont du type lymphoïde pur. Dans leur ensemble du reste, les coupes donnent absolument l'aspect d'un tissu ganglionnaire.

Par la méthode de Van Gieson, cet aspect est encore plus net. On voit des traînées formant des réticulums tantôt à mailles grosses, tantôt à mailles extrêmement ténues, limitant une ou plusieurs cellules. Celles-ci ont un noyau volumineux, très peu de protoplasma. On rencontre également quelques plasmazellen isolées, ne formant pas de groupes nets.

A noter également dans quelques cellules géantes l'existence de bacilles de la tuberculose.

Nous avons dit qu'il existait dans la coupe des cavités multiples. Ces cavités forment tantôt des canaux bien limités, circulaires, tantôt des lacunes ovalaires ou irrégulières dont la limite interne est soit nette et limitée par une ligne fine où se dessinent des noyaux plats, soit sans limitations précises et sans noyaux. Parmi ces lacunes les unes contiennent des globules rouges, d'autres des amas granuleux, il en est enfin qui contiennent des cellules polynucléées et leucocytaires.

Les caractères des lacunes sont ceux des capillaires veineux et des lymphatiques. Ceux-ci prédominent et sont avec l'infiltration l'élément prédominant et constituent le fond de la lésion.

De cet examen on peut conclure qu'il s'agit ici d'une tuberculose papillomateuse éléphantiasique et lymphomateuse, dans laquelle, à côté de l'infiltration tuberculeuse les réactions du tissu conjonctif ont pris une importance considérable, caractérisée histologiquement par l'existence d'un tissu réticulé, adénoïde et la dilatation des lacunes lymphatiques et cliniquement par l'éléphantiasis, les transformations épidermiques et l'aspect papillomateux résultant des lésions profondes.

M. Leredde. — Je ne suis pas d'accord avec M. Danlos sur l'origine de

l'état éléphantiasique chez ce malade, ou, pour parler d'une façon plus précise, je ne pense pas que tout éléphantiasis chez des lupiques soit dû à des microbes d'infection secondaire, en particulier au streptocoque. Leloir a étudié un cas d'éléphantiasis lupique de la jambe et constata que le membre entier non seulement à sa surface, mais dans sa profondeur était tuberculeux. La tuberculose peut envahir les voies lymphatiques au point de les oblitérer d'une manière complète. Je serais heureux d'avoir l'opinion de M. Darier à ce sujet.

M. Darier. — Il s'agit, dans le cas de M. Danlos, d'un type de lymphangite tuberculeuse avec cellules géantes et bacilles, sur lequel j'ai attiré l'attention déjà depuis longtemps.

Éruption indéterminée du dos des mains. (Antipyrine ?)

Par M. Danlos.

X..., 40 ans, vit se développer au troisième jour d'une grippe une éruption sur le dos de la main droite. Pendant trois semaines cette éruption ne cessa de grandir, déterminant un peu de gonflement de la main et quelques douleurs, surtout à la pression. Quand elle se présenta à Saint-Louis le mal existait depuis quatre semaines et l'état était le suivant :

Toute la face dorsale de la main droite, depuis les articulations phalango-phalanginiennes jusqu'au poignet, était envahie. Le centre et la plus grande partie de la lésion primitivement exulcéreuse étaient en voie d'épidermisation. La surface était inégale, granuleuse, semée de points noirs comme par un tatouage. Tout autour de cette zone centrale l'épiderne macéré et décollé, mais non soulevé, recouvrait un derme rouge violacé, sur lequel se remarquaient de place en place de petites excroissances polypiformes molles semblant implantées par un étroit pédicule dans une dépression dermique.

Sur la main gauche le même mal s'était développé depuis quatre à cinq jours. Il s'y montrait sous la forme de deux phlyctènes, aplaties comme des pastilles remplies d'une sérosité louche, sur laquelle se détachaient par places des points plus opaques. L'apparence était assez bien celle d'une éruption bromique, mais à aucun moment de sa maladie la malade n'avait pris de bromure de potassium. Les jours suivants les phlyctènes se réunirent, s'étendirent, et l'évolution fut à gauche absolument la même qu'à droite. En même temps que cette éruption phlycténoïde, une large tache érythémateuse d'aspect nævique s'est développée derrière l'oreille gauche. Elle date aujourd'hui d'un mois environ et persiste sans autre modification qu'une teinte un peu plus sombre.

En cherchant à isoler les petites excroissances polypiformes, elles s'écrasent pour ainsi dire sous la pince, et quand on les a enlevées ont voit à leur place un orifice arrondi dont les bords verticaux semblent aussi épais que le derme. Il est donc probable que ces pseudo-polypes sont formés par le bourgeonnement du tissu sous-

cutané à travers des perforations consécutives à des abcès miliaires du derme. Nous n'avons pu suivre le développement de ces perforations et ne pouvons dire si elles se produisent au niveau des glandes ou dans leur intervalle. Nous n'avons pu, à cause des résistances de la malade, déterminer la nature des points noirs bleuâtres qui semblent tatouer le derme malade. Ils s'effacent en quelques jours et sont vraisemblablement constitués par des ectasies sanguines ou mieux de petites hémorrhagies. La maladie paraît être douloureuse, car aujourd'hui encore le sujet redoute le moindre attouchement; mais peut-être faut-il incriminer un nervosisme excessif.

La nature de cet état morbide nous paraît difficile à déterminer. Nous n'avons trouvé dans tout le musée de l'hôpital Saint-Louis que deux pièces, l'une d'Hallopeau (n° 2202, titre : Éruption bulleuse suppurative et cicatricielle de la maladie de Neumann), l'autre de Du Castel (n° 1876, titre : Éruption provoquée par le sirop de Gibert), ayant avec notre cas quelque analogie.

Aucun des deux diagnostics ne nous satisfait, et du reste entre ces cas et le nôtre il y a analogie mais non identité.

L'hypothèse d'une bromuride, que nous avons faite tout d'abord, est inadmissible, car à aucun moment la malade n'a pris de bromure.

Le seul médicament pris depuis le début et susceptible d'influencer la peau a été un mélange de sulfate de quinine et d'antipyrine (un gramme en 4 cachets). Il n'a été administré qu'une fois au début du mal. C'est deux jours après que sont apparues les phlyctènes initiales sur la main droite, et la tache érythémateuse rétro-auriculaire. Mais la main gauche n'a été atteinte que trois semaines et demie plus tard, à un moment où l'élimination médicamenteuse était achevée depuis longtemps, circonstance qui rend très douteuse l'origine antipyrinique de l'affection.

M. Hallopeau. — Les taches éruptives dont on constate l'existence au niveau du cou semblent bien indiquer que l'antipyrine est en cause.

M. Gastou. — J'ai pratiqué l'examen histologique des excroissances polypiformes et cultivé avec MM. Vieira et Nicoulais la sérosité et le pus.

Les excroissances sont constituées par de la fibrine, des leucocytes et on y rencontre, fait rare, des plasmazellen nettement déterminées. — L'examen microbiologique direct montre en prédominance des streptocoques à chaînettes assez longues et à tous petits éléments. Ce streptocoque est retrouvé dans les cultures : il a poussé à l'état de pureté.

A noter également l'existence d'une infection micrococcique et bactérienne superposée, et surtout la présence d'éléments ronds, volumineux, rappelant des spores. Il nous a été impossible de déterminer exactement la nature de ces éléments dont la fréquence est habituelle dans beaucoup de suppurations de la peau restant à découvert. Elles tiennent vraisembla-

blement à l'infection cryptogamique soit des plaies à l'air libre, soit des objets de pansements.

Je l'ai rencontrée également dans certains écoulements uréthraux et dans des manifestations buccales, angineuses ou broncho-pulmonaires. Dans le cas particulier le streptocoque est le parasite prédominant.

Dystrophies multiples et arrêt de développement après la puberté chez un frère et une sœur atteints de syphilis héréditaire à la seconde génération.

Par MM. Hallopeau et Edmond Fournier.

Les deux jeunes gens s'étaient normalement développés jusqu'à la puberté ; à partir de cette période de leur existence, ils ont cessé de grandir en même temps qu'ils étaient frappés d'une sénescence précoce. Actuellement, ils sont agés l'un de trente-cinq, l'autre de trente-six ans ; on dirait de petits vieillards ; leur voix est infantile, leur peau ridée ; chez tous deux, des altérations profondes des yeux se sont développées, intéressant surtout les cristallins, mais aussi les membranes, car il y a du glaucome : la vision est presque abolie. Depuis plusieurs années, des ulcérations profondes à tendance progressive résistant à tous les traitements se sont développées aux extrémités inférieures : elles ont amené la chute de plusieurs phalanges ; les jambes ont le volume de bras d'enfants. Ce sont deux avortons. Or, le grand-père maternel était syphilitique et la mère présente, aux incisives supérieures, les déformations typiques qu'a décrites Hutchinson ; on est donc en droit de considérer, comme étant très probablement de nature spécifique, les dystrophies multiples qui existent chez ces jeunes gens.

Par quel mécanisme peut agir en pareil cas la syphilis ? En enrayant le développement d'un organe encore indéterminé, qui tiendrait sous sa dépendance le développement de l'organisme dans cette phase de l'existence, ou en altérant pendant la vie embryonnaire les cellules qui doivent entrer en activité à l'époque de la puberté ? Cette dernière interprétation est la plus vraisemblable. (L'un de nous a fait, en 1900, une première communication sur ces malades au Congrès international de dermatologie.)

Lichen plan localisé à la lèvre inférieure.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

On connait des cas dans lesquels le lichen de Wilson a débuté par la muqueuse buccale et y est resté isolé. Chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, c'est la lèvre inférieure qui a été affectée en premier lieu et jusqu'ici la maladie n'en franchit pas les limites. Cette observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Arthur, âgé de 36 ans, employé de commerce, vient nous consulter, le

21 avril, pour des taches blanchâtres, qui se sont développées sur sa lèvre inférieure il y a 2 ans environ et ont depuis lors constamment persisté.

L'une d'elles, d'un blanc laiteux, occupe la moitié gauche de cette lèvre ; elle mesure environ 3 millimètres dans son grand axe ; de forme étoilée, irrégulière, elle présente, sur ses bords, des stries blanchâtres qui tranchent sur la couleur rosée des parties saines.

Sur la moitié droite, il existe une autre tache, rappelant une étoile à trois branches. Elle est aussi blanchâtre, et envoie des stries de même couleur sur ses bords.

Ces deux taches ne sont pas érodées ; elles ne présentent aucune induration ; elles ne sont pas cicatricielles ; elles ne gênent pas le malade qui n'y accuse aucun prurit.

Nulle part ailleurs, il n'y a traces de lichen. Le malade n'a pas eu la syphilis. La grande ressemblance de ces taches avec celles que l'on observe souvent à la partie interne des joues chez les sujets atteints de lichen plan nous permet de les rattacher à cette maladie, et les stries blanchâtres qui s'en détachent représentent celles que l'on observe souvent dans ses manifestations cutanées, comme l'a bien établi M. Wickham.

M. Fournier. — Je crois qu'il s'agit dans ce cas d'une plaque leucoplasique et non d'un lichen plan.

M. Gaucher. — Il y a lieu dans ce cas de faire en effet de grandes réserves pour le diagnostic de lichen plan.

Il n'existe pas d'autres manifestations buccales, ainsi qu'il est de règle habituellement dans les cas de lichen. On pourrait incriminer également des brûlures répétées par la cigarette qui très souvent produisent cet aspect sur la lèvre.

M. Barthélemy. — Je connais les lésions blanches de la muqueuse bucco-linguale qu'on a justement rapportées au lichen ; mais je ne trouve pas ici les caractères qu'on a attribués au lichen leucoplasique. Les taches des lèvres ne sont ni dures, ni sèches, ni saillantes, ni même assez brillantes et les fins linéaments qui lui ont été attribués me semblent ici bien rudimentaires. En l'absence de tout antécédent de lichen chez ce jeune homme, qui fume peu et qui n'a pas eu la syphilis, je demande à M. Hallopeau si c'est seulement par exclusion qu'il pense ici au lichen ou bien s'il a d'autre raison. Sinon, je penserais que cette leucoplasie est de nature encore inconnue. Il en est ainsi parfois. En effet, si les leucoplasies d'origine syphilitique sont très fréquentes, il faut compter avec le lichen, avec le tabac et aussi avec d'autres poisons. En ce moment même, j'observe un cas de leucoplasie typique, disposé en forme de triangle à l'angle interne des joues, surtout au niveau de la commissure labio-jugale du côté droit. Or, cette tache très marquée, très étendue, blanche, dure et adhérente, existe depuis 5 ans au moins ; le malade fume peu ; il a 48 ans, il n'a pas d'hérédité syphilitique, et *il vient d'avoir un chancre syphilitique* et une roséole caractéristique. D'autre part, je pourrai apporter à la prochaine séance le moulage de la lèvre buccale inférieure qui est couverte à la face interne de petites lésions blanches et superficielles

chez une jeune femme qui ne fume et ne boit pas, mais qui a eu, il y a 11 ans, une syphilis bénigne, mais très nette et n'ayant pas été suffisamment traitée. Je rappelle qu'au congrès de Paris (1900), il a été rapporté plusieurs cas de leucoplasie vulvaire; ce qui prouve bien que la leucoplasie est indépendante du tabac. L'étiologie de la leucoplasie est très difficile à définir, puisque, même quand elle est manifestement liée à la syphilis, elle résiste au traitement de la syphilis, au point que l'on s'est demandé si cette lésion n'était pas une affection *sui generis* due à une cause spéciale, qui, pour se développer, aurait besoin de l'altération préalable par la syphilis, des muqueuses et de leurs cellules par l'action directe du virus syphilitique.

M. Doyon. — J'ai pu observer également deux cas analogues à ceux de M. Barthélemy. La leucoplasie s'était produite chez des sujets syphilitiques en dehors de toute action du tabac.

M. Hallopeau. — Le cas que je présente à la Société n'est pas un fait banal et je comprends la difficulté d'accepter le diagnostic de lichen plan. Les lésions n'ont pas cependant les caractères de la leucoplasie, et, d'autre part, on y voit nettement dessinées les arborisations en feuilles de fougère que l'on observe surtout dans le lichen plan, bien qu'elles ne lui appartiennent pas exclusivement.

Sur un nouveau cas d'onychomycose.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Cette localisation des parasites des teignes ne paraît pas très exceptionnelle, car voici le second fait de cette nature que nous avons fait connaître depuis un an.

B..., âgé de 40 ans, ouvrier carrier, entre salle Bazin, le 21 avril; il présente des altérations des ongles des mains.

Tous ces organes sont atteints, mais à des degrés différents. Ce sont, à la main droite, ceux des trois derniers doigts, à la main gauche ceux de l'auriculaire, de l'annulaire et de l'index qui sont les plus malades.

La partie inférieure de l'ongle, celle qui répond au bord libre décollé, est colorée en noir par la profession et striée de lignes blanchâtres verticales. Plus haut, l'organe est le siège de taches blanchâtres, plus ou moins étendues, à contours mal définis; sa surface a perdu son aspect lisse et nacré; elle est aplatie, rugueuse, bosselée à certains endroits, striée de cannelures plus ou moins nettes, verticales et transversales; la lunule reste intacte.

Ces ongles sont épaissis; leur table externe est soulevée par les couches sous-jacentes incomplètement kératinisées et en partie détruites.

Lorsqu'on gratte avec une curette la couche épaisse sous-unguéale, on en détache des fragments, qui, traités par la potasse et examinés au microscope, montrent la présence de mycélium.

Les ongles ne sont jamais tombés. On ne trouve nulle part ailleurs d'autres lésions parasitaires. Les ongles des pieds sont normaux.

Des cultures de ces champignons nous permettront sans doute d'en déterminer la nature.

Ce fait présente de frapantes analogies avec le cas analogue que nous avons présenté l'an passé à la Société : dans tous deux, les dystrophies que révèlent les inégalités de la surface, sa destruction partielle en biseau au niveau de son bord libre, le soulèvement de ce bord par des masses incomplètement kératinisées, accompagnées de la production des taches blanchâtres que l'on sait être dues à un décollement partiel de l'ongle permettant la pénétration de bulles d'air entre son lit et sa couche profonde, doivent-elles être, dans leur ensemble, considérées comme pathognomoniques? c'est très probable, mais nous ne saurions l'affirmer, faute de point de comparaison avec les dystrophies d'autre nature. Nous noterons seulement que les grandes taches blanches ne sont pas mentionnées dans l'excellente description qu'a donnée M. A. Fournier des onyxis syphilitiques; nous nous proposons d'étudier à ce point de vue les dystrophies unguéales d'autre origine.

Nous ferons remarquer, en terminant, la durée indéfinie de cette onychomycose.

Note sur la pelade.

Par M. Moty.

Cette note est l'exposé succinct de l'épidémie de pelade observée à Paris en 1891-92-93; épidémie au cours de laquelle 289 cas ont été traités dans mon service au Val-de-Grâce. Ce qui frappe d'abord dans la répartition de ces cas, c'est qu'ils se présentent en grand nombre à une période donnée dans un des corps de la garnison et qu'ils sont fournis dans la période suivante par un autre corps primitivement intact, comme le montre le tableau suivant :

CORPS.	NOMBRE DE CAS.		PÉRIODE ÉPIDÉMIQUE.
19e Esc. du train...	29 c.		du 16 janv. au 31 mars 1891.
6e cuirassiers......	23 c.	Total : 55	du 11 janv. au 8 mai 1891.
6e d°	32 c.		du 12 août au 10 déc. 1891.
7e bat. d'art. de fort.	17 c.		du 19 janv. au 4 mars 1892.

Pendant ce temps, les corps d'infanterie présentant un effectif beaucoup plus considérable fournissaient un nombre de cas minime,

bien qu'atteints à un faible degré par l'épidémie comme toutes les armes de la garnison de Paris et des environs.

Le chiffre moyen des peladiques en traitement au Val-de-Grâce est resté pendant ces trois années d'environ 40, tandis qu'il est actuellement réduit à 4 ou 5, chiffre qui peut être considéré comme normal.

Il résulte de cette donnée sommaire, 1° qu'il y a eu « épidémie »; 2° que cette épidémie avait tendance à former des foyers plus actifs sur certains corps. C'est à cette époque que Vaillard et Vincent firent sur les peladiques leur étude intitulée discrètement « sur une pseudo-pelade parasitaire », pour ne pas heurter de front des idées anciennes sur la nature tropho-neurotique de la pelade.

Les faits de contagion étaient fréquents et bien qu'ils n'eussent pas toujours toute la certitude désirable, leur nombre même ne laissait de doute à aucun de nous sur la réalité clinique de la contagion. Tel fut particulièrement le cas du 7e bataillon d'artillerie de forteresse qui fournit 17 cas du 19 janvier au 4 mars 1892, provenant tous ou presque tous d'un même casernement; on notait de même 3 cas sur 6 hommes d'une petite chambrée au 36e d'infanterie qui fournit en tout 28 cas dans une période de deux ans, dont 25 du 15 novembre 1891 au 16 mars 1892.

Dans le même ordre d'idées, M. le médecin-major Marty trouve dans son régiment, en 1891, 47 cas avec deux récidives et, comme fait de contagion typique, la pelade observée sur un officier dont l'ordonnance en était antérieurement atteint; et une chambre de 4 hommes qui furent tous victimes de l'épidémie.

Formes cliniques. — Nous les avons divisées en quatre groupes :

1° Pelades récentes aiguës à petits cercles complètement glabres en apparence, avec disparition du pigment mais avec rougeur de la plaque de dénudation, curables en général assez rapidement.

2° Pelades de même forme que les précédentes, mais sans rougeur et avec un faible degré d'atrophie apparente du cuir chevelu, c'est la forme qui guérit le plus facilement.

3° Pelades à grands cercles; deux cas seulement qui ont guéri tous deux au bout d'un ou deux ans; l'un d'eux après avoir porté perruque pendant quelques mois, tous deux normands.

4° Pelades tropho-neurotiques pures le plus souvent anciennes, tout à fait immobiles et rebelles à tous les traitements. Un petit nombre de pelades récentes, d'aspect tout à fait semblable à la première catégorie se sont immobilisées; j'ai suivi ainsi pendant plusieurs années une toute jeune fille atteinte, à l'âge de 12 ans, d'une plaque peladique médiane du cuir chevelu à peu de distance du sommet du front et de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; malgré tous les traitements, y compris les injections, cette

plaque persiste toujours dans son état primitif. Je reste donc convaincu que l'élément hystérie doit toujours être recherché chez les peladiques rebelles et que sa constatation doit rendre le pronostic très réservé; pour confirmer cette manière de voir je viens d'examiner un peladique rebelle, originaire de Normandie; il me déclare qu'il y a deux ou trois peladiques dans son village et qu'il croit bien que son affection a débuté il y a seize mois après l'intervention du coiffeur; quoi qu'il en soit, il offre trois grandes plaques de pelade (nuque, vertex, région fronto-pariétale droite) qui ont résisté à tous les traitements et son champ visuel donne $\frac{OD}{47\text{-}25}$ $\frac{OG}{25\text{-}45}$, c'est-à-dire une diminution de plus de moitié en diamètre. C'est peu d'un seul cas pour établir l'hypothèse que j'ai mise en avant, mais si elle est vraie, il n'y a rien de surprenant à ce qu'en prenant pour champ d'étude le reliquat des épidémies antérieures de pelade, on arrive à trouver chez tous les sujets des anomalies urinaires.

Outre l'atrophie progressive des bulbes pileux et la disparition du pigment au niveau des plaques quelle que soit leur origine, on remarque certains troubles de sensibilité au niveau de la plaque. On sait d'après les travaux de Barthélemy et Bernier que l'atrophie des bulbes n'est jamais complète; il est même facile, sur les coupes biopsiques, de constater que les muscles sont eux-mêmes intacts; la disparition et la réapparition du pigment paraissent donc correspondre au ralentissement ou à l'accélération du mouvement trophique des bulbes; la congestion superficielle temporaire des plaques corrospondant seulement à la période d'activité infectieuse des foyers peladiques, mais n'offrant aucun rapport constant avec leur tendance envahissante. On voit assez souvent la repousse se faire avec des cheveux blancs ou pâles, mais ces derniers sont bientôt remplacés par des cheveux de teinte normale en dehors des formes paradoxales en rapport avec l'hystérie. Quant aux troubles de sensibilité, ils semblent résulter mécaniquement de l'atrophie du cheveu et se traduisent par une hyperesthésie tactile due à la modification des contacts.

Nous avons vu dans un seul cas des plaques peladiques légitimes coïncider avec une calvitie séborrhéique avancée; mais l'association la plus fréquente était celle de cercles peladiques apparents avec les petits foyers de folliculite signalés par Quinquaud, visibles seulement après la tonte et reconnaissables d'avance par les faisceaux de cheveux qui s'enlevaient sans efforts avec les doigts.

Nous avons également observé des cas de récidive soit prochaine, soit éloignée, leur chiffre ne s'élève qu'à 14 sur nos relevés, mais il est à supposer que la proportion de 5 p. 100 qui résulte de la comparaison de ce chiffre avec celui des malades traités est notablement inférieure à la réalité. Un certain nombre de sujets offrent d'ailleurs

une forme de pelade à répétition; l'un d'eux, que j'observe depuis six ans, a été atteint de pelade étendue de la nuque qui a cédé aux injections de sublimé, et qui a récidivé l'année suivante pour céder de même ; il m'écrit aujourd'hui : « J'ai, en effet, de temps en temps, un petit retour de pelade, mais toujours moins grave que la première atteinte; cela me reprend généralement en été, à d'autres endroits que ceux soignés par vous; je m'empresse alors de lotionner au sublimé à la dose indiquée par vous (1/4000) et au bout de cinq à six semaines tout a disparu. »

Je ne puis considérer les cas de ce genre, et ils sont fréquents, que comme des auto-inoculations: la plaque de pelade disparaît mais le cuir chevelu reste infecté et le mal reprend dès que les circonstances favorisent son développement.

Le relevé des *localisations* de la pelade fait sur les cas les plus typiques nous a donné les résultats suivants :

Nuque	41
Vertex	37
Tempe gauche	15
Tempe droite	13
Région frontale	13

ce qui montre que la nuque est plus souvent atteinte que le reste du cuir chevelu. Un seul malade a présenté de la pelade du sourcil (gauche). Quelques pelades de la barbe observées depuis ont été sensiblement plus tenaces que celles du cuir chevelu.

Les cas de *simulation* sont rares, nous n'en avons observé qu'un sur nos 289 cas ; on les reconnaît sans aucune difficulté à la conservation du pigment sur la plaque et à l'intégrité des cheveux périphériques.

Au point ne vue du traitement, nous trouvons les chiffres suivants comme durée de séjour à l'hôpital :

Malades traités par injections intradermiques de sublimé à 4 p. 1000 (90) : 40 jours.

Malades traités par lotions de sublimé à 4 p. 1000 (27) : 53 jours.

Autres méthodes (collodion iodé) (5) : 83 jours.

La méthode des scarifications suivies de lotions au sublimé nous a paru surtout avantageuse pour les plaques rouges : nous abandonnions les scarifications au bout d'une semaine et aucun malade n'a été traité d'une manière suivie par cette méthode.

Il semble, d'après les relevés ci-dessus, que le traitement par les injections ait une certaine influence sur la vitalité des bulbes pileux; mais le cas qui nous a le mieux convaincu de sa valeur est celui d'un peladique grave du cuir chevelu ; mon ami le professeur agrégé Vautrin, à la vue de son crâne ivoire, me dit : « je croirai à

votre procédé si vous faites repousser des cheveux ici; je fis deux ou trois injections au point indiqué et le malade partit en congé; lorsqu'il revint trois mois après, un anneau de jeunes cheveux noirs entourait la région des piqûres; il fut néanmoins réformé, mais je le revis plusieurs fois; au bout d'un an les cheveux repoussaient partout, au bout de deux ans sa chevelure était au complet; je l'ai perdu de vue depuis lors.

Voici le relevé général des pelades dans l'armée depuis 1891, date à laquelle cette entité pathologique figure pour la première fois sur la statistique annuelle, relevé que je dois à l'obligeance de M. le médecin-major Alvernhe.

	Total des cas	Réformes
Année 1888	»	21
— 1889	»	28
— 1890	»	37
— 1891	1899	46
— 1892	1994	38
— 1893	2515	17
— 1894	2269	16
— 1895	2145	32
— 1896	2182	31
— 1897	2267	18
— 1898	2403	50
— 1899	2253	65

Il résulte de ce tableau que la pelade fait annuellement 2000 victimes dans l'armée et que 1 p. 100 de ces 2000 cas aboutit à la réforme temporaire ou définitive. Il résulte d'ailleurs d'un nombre considérable de rapports que bien avant la date qui sert de point de départ à cette petite statistique, la pelade était signalée de temps à autre sous forme épidémique sur différents points du territoire.

En résumé, nous disons: 1° que la pelade se présente le plus souvent dans l'armée sous la forme épidémique et que son importance numérique a notablement augmenté depuis l'introduction des tondeuses dans la nomenclature (décembre 1885) et aurait augmenté beaucoup plus peut-être sans les précautions prophylactiques prises depuis 1890 (nettoyage des tondeuses);

2° Qu'elle présente presque toujours dans son évolution les caractères d'une infection se propageant en surface;

3° Que dans la plupart des cas les traitements antiseptiques paraissent abréger sa durée;

4° Que la région de la nuque où la tondeuse est seule utilisée, est plus souvent atteinte que le reste du cuir chevelu;

5° Que chez les sujets à champ visuel rétréci, la ténacité de la pelade est proportionnée au degré du rétrécissement de ce champ ;

6° Que la pelade persiste souvent à l'état latent après une première apparition, pour se manifester à nouveau après un temps plus ou moins long ;

7° Qu'il existe chez les nerveux des pelades ne présentant pas de caractères infectieux certains et de nature très rebelle.

Les résultats de la clinique nous semblent donc destinés à servir de terrain de conciliation entre les contagionistes parasitistes avec Vaillard et Vincent et avec Sabouraud et les partisans du trophisme pur avec Jacquet, car chacun des deux camps peut mettre en ligne de nombreux faits à l'actif de sa théorie et nous avons admis nous-mêmes que chez un très grand nombre de sujets, l'élément nerveux vient compliquer plus ou moins gravement la pelade.

A l'appui de cette note, j'ai l'honneur de présenter à la Société deux malades du type rebelle, tous deux offrant une dénudation presque totale du cuir chevelu et un champ visuel rétréci de plus de moitié en diamètres ; chez l'un d'eux le sourcil gauche est atteint par la pelade (deuxième cas).

Tous deux sont d'une même compagnie et d'un même régiment, l'un a une denture en fort mauvais état, comme presque tous ses compatriotes ; c'est un Dieppois, sa pelade date de trois mois.

L'autre, originaire d'Eu, est atteint depuis quatre mois, ses dents sont assez bonnes bien qu'elles présentent de petites érosions de l'émail.

Voici d'ailleurs les données précises concernant ces deux malades.

Premier cas. — B. ., champ visuel : 42-32 des deux yeux. Urines, acides : D = 1,019 ; urée 12,97 ; chlorures 12,519 par litre.

(Analyse de M. le pharmacien-major Appeix.)

Dents mauvaises.

Début il y a trois mois.

S..., champ visuel : 40-30 des deux yeux. Urines, acides : D = 1,022 ; urée, 14,25 ; chlorures 13,27 par litre.

(Analyse de M. le pharmacien-major Appeix.)

Dents moyennement bonnes.

Début il y a quatre mois.

Il y a un mois environ que j'ai pour la première fois examiné ces deux malades, et aussitôt j'ai prévenu leur médecin traitant qu'ils ne guériraient pas ; je n'en ai pas moins été surpris de la rapide extension de leur mal ; cette extension me semble démontrer qu'il y avait dès cette époque des foyers multiples latents, dont les lotions au sublimé n'ont pas empêché les progrès ou que cette extension résulte d'un trouble trophique pur.

Je n'insiste pas, ces deux malades ne devant servir que de document dans une question qui reste à l'étude.

Nævus vasculaire verruqueux de la fesse en large plaque.

Par MM. Gaucher et Lacapère.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade atteint à la fois de tuberculose cutanée du poignet et de nævus vasculaire verruqueux.

C'est un homme de 74 ans, qui a été pendant longtemps garçon dans une ménagerie, où son emploi consistait à donner aux fauves leur nourriture ; aussi est-ce peut-être au contact d'une viande tuberculeuse que l'on peut attribuer les lésions de tuberculose verruqueuse qu'il présente au poignet gauche. Ces lésions, qui ont été cautérisées plusieurs fois à l'aide du thermocautère, sont aujourd'hui en voie de guérison et ne présentent pas un grand intérêt.

Il n'en est pas de même du nævus que cet homme porte à la partie supérieure de la fesse gauche. C'est un placard irrégulier d'un brun noirâtre, recouvert de squames ou de croûtes épaisses et adhérentes.

Cette plaque, d'une largeur de 20 à 25 centimètres sur 15 centimètres de hauteur environ, est congénitale. Elle ne s'est jamais accrue et n'a jamais diminué. Elle est le siège d'une sensibilité assez vive, mais elle n'avait, jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, jamais présenté de signes d'inflammation. Il y a trois semaines, il se produisait à la partie postérieure de cette tumeur, une tuméfaction rouge, grosse comme un œuf de pigeon. Cette tumeur, douloureuse à la pression, était, par moments, le siège d'élancements. Elle resta sans se modifier pendant plusieurs jours, puis le malade étant sorti momentanément de l'hôpital, elle s'ouvrit spontanément, donnant issue à une quantité considérable de sang.

Cette hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même et ne s'est pas reproduite depuis.

En examinant le malade, on trouve, de plus, trois ou quatre petits placards isolés de nævus vasculaire qui forment un groupe au niveau du pli inguinal gauche, situés en partie sur la face interne de la cuisse, en partie sur la région supérieure de l'abdomen.

Ces éléments, également congénitaux, sont d'un rouge violacé. Ils sont peu saillants. Quelques-uns d'entre eux ne font même aucune saillie au-dessus du niveau de la peau; les autres sont légèrement proéminents. Ils ne sont le siège d'aucune douleur, spontanée ou à la pression.

Sarcomatose mélanique cutanée.

Par MM. Gaucher et Lacapère.

Le 7 novembre dernier, l'un de nous, en collaboration avec le Dr Sergent, présentait à la Société un cas de sarcomatose mélanique

cutanée. Un second cas de cette affection se rencontrait il y a quelque temps à notre consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine. Nous résumons ci-dessous l'observation du malade.

H..., âgé de 43 ans, marbrier, nous est adressé le 7 avril 1902 par M. le Dr Veau, assistant de consultation à l'hôpital St-Antoine. Le malade, dont les antécédents ne présentent rien de remarquable, porte à la partie inférieure de l'aisselle droite une tumeur qui a commencé à se développer il y a 18 mois environ.

La première manifestation de la maladie qui l'amène à consulter remonte à dix ans. A cette époque apparut, un peu à gauche de la 5e ou 6e vertèbre dorsale, un petit bouton qui grossit rapidement jusqu'au volume d'une noix, et devint noirâtre.

Cette tumeur, légèrement douloureuse, saignant facilement, fut enlevée chirurgicalement il y a quatre ans, deux ans par conséquent après son début.

Peu de temps après cette intervention, une seconde tumeur apparaissait à la partie inférieure de l'aisselle droite, du côté opposé à celui où avait siégé la première. Cette tumeur axillaire, située sous la peau, resta longtemps indolore, mobile sous le doigt. Elle se mit, au bout d'une année, à augmenter de volume par poussées, jusqu'à gêner considérablement les mouvements du bras, et c'est cette impotence qui amène le malade à consulter aujourd'hui.

L'examen objectif nous donne les renseignements suivants :

La tumeur axillaire occupe la partie supéro-latérale droite du thorax. Elle s'étend du sommet de l'aisselle jusqu'à la hauteur du mamelon, présentant une longueur de 10 centimètres environ sur 20 de large. A peu près indolore, elle est recouverte par la peau de l'aisselle fortement tendue, sillonnée de troncs veineux d'un gros volume et de nombreuses varicosités rougeâtres, ainsi que de quelques vergetures.

La tumeur, légèrement mobile par rapport à la peau et aux plans profonds, est bosselée, semée çà et là de petits renflements, dont quelques-uns, immédiatement sous-cutanés, laissent apercevoir leur coloration noirâtre. La consistance générale de la tumeur est presque ligneuse.

Autour de cette tumeur on aperçoit sous la peau, tant dans la région dorsale que sur la partie latérale du thorax, de petites tumeurs, du volume d'un haricot, tantôt arrondies et d'un noir brillant, tantôt ulcérées et recouvertes d'une croûte noire.

Quelques tumeurs analogues, perceptibles seulement par la palpation, se rencontrent sur l'abdomen dans le voisinage de l'ombilic.

La tumeur principale paraît développée aux dépens d'un des ganglions axillaires. On peut sentir en effet l'hypertrophie des ganglions voisins, et celle des ganglions sterno-mastoïdiens qui forment une chaîne continue. La présence dans l'aisselle droite de cette volumineuse tumeur détermine la compression du paquet vasculo-nerveux, qui se manifeste de temps à autre par de l'œdème du bras et de la main.

A gauche, l'adénopathie axillaire est moins accentuée. On trouve une petite tumeur étalée, due à l'inflammation d'un des ganglions inférieurs de

l'aisselle. La chaîne sterno-mastoïdienne est prise aussi. Les ganglions inguinaux, sous-maxillaires, etc..., participent à la réaction générale.

Dans le dos on trouve une cicatrice ovalaire, lisse, non pigmentée, vestige de la première tumeur enlevée chirurgicalement, siégeant immédiatement à gauche des 5e et 6e vertèbres dorsales.

Sur la partie latérale gauche du thorax, il existe un placard brunâtre diffus, apparu tout récemment à la suite d'applications de teinture d'iode, comme si cette légère irritation cutanée avait déterminé une infiltration de pigment noir.

Si nous résumons ces renseignements, nous voyons que les accidents se sont succédé dans l'ordre suivant :

En 1896, apparition de la tumeur du dos. Deux ans plus tard, en 1898, ablation de cette tumeur, suivie, quelques semaines plus tard, de la naissance de la tumeur ganglionnaire de l'aisselle droite. Enfin, depuis quelques mois seulement, se produit la généralisation ganglionnaire et cutanée.

L'état général du malade est profondément altéré. Un amaigrissement considérable s'est produit depuis quelque temps; le teint est plombé, les yeux excavés et le moindre effort cause au malade une grande lassitude.

L'examen du sang montre une anémie profonde (2 500 000 globules rouges par millimètre cube). Le nombre des leucocytes est normal, le nombre relatif des polynucléaires est un peu augmenté.

6 200 leucocytes par millimètre cube :

Polynucléaires	73 p. 100
Mononucléaires	23 p. 100
Lymphocytes	2 p. 100
Éosinophiles	2 p. 100

Chez ce malade la généralisation ganglionnaire semble avoir immédiatement suivi l'ablation de la première tumeur mélanique; il est de règle, en effet, que l'intervention chirurgicale ne produise pas, dans ces cas, d'amélioration durable ; au contraire, elle est souvent la cause d'une terminaison rapide.

Si nous cherchons à remonter à la cause première de tout accident, que trouvons-nous ? L'examen attentif nous permet de constater chez ce malade des nævi pigmentaires, au nombre de trois.

Deux d'entre eux sont petits, pédiculés, et siègent sur la peau des épaules. Ils sont à peine de la dimension d'un pois. Le troisième, d'un volume beaucoup plus considérable, forme à la face dorsale de la main droite une plaque brunâtre, surélevée de 4 à 5 centimètres de diamètre environ et couverte de poils. Est-ce là réellement le point de départ de la mélanose? Il est permis de l'admettre, sans pouvoir l'affirmer. La première tumeur, celle qui a été opérée, s'est développée d'emblée, sans avoir été précédée d'un nævus. D'autre part, les trois nævi pigmentaires portés par le malade sont très éloignés de la tumeur primitive et des tumeurs secondaires ; ils sont restés stationnaires et n'ont subi aucune trace de dégénérescence.

Hérédo-syphilis et ichthyose.

Par M. Edmond Fournier.

J'ai l'honneur de vous présenter ces deux malades, le frère et la sœur, venus tous deux à l'hôpital pour se faire traiter d'une affection cutanée qui n'est autre qu'une ichthyose congénitale.

Outre cette ichthyose, ces deux deux malades présentent une série de dystrophies que je crois pouvoir rattacher, sans crainte d'erreur, à la syphilis héréditaire.

Voici l'observation de ces deux malades :

La mère est morte il y a 7 ans, d'accidents pulmonaires demeurés indéterminés et ayant évolué très rapidement. Jusqu'à cette dernière maladie, c'était une femme bien portante.

Elle avait eu 5 grossesses terminées de la façon suivante :

1re grossesse : garçon âgé de 16 ans, Jean M..., ichthyosique.

2e grossesse : fille âgée de 14 ans, Élisa M..., ichthyosique.

3e grossesse : enfant âgé de 12 ans ; non examiné.

4e grossesse : enfant âgé de 10 ans. Cet enfant a un crâne très gros ; des bosses frontales très saillantes. Il a une incisive surnuméraire à la mâchoire inférieure.

5e grossesse : enfant mort à 3 semaines.

Le père a eu la syphilis en 1881. Il a été soigné dans le service du Dr Du Castel en 98 pour des syphilides palmaires. Il a subi à cette époque plusieurs séries de piqûres de calomel.

Il n'y a pas d'ichthyose parmi les ascendants ni les collatéraux.

Le fils aîné, Jean M..., est âgé de 16 ans.

Je n'ai pu recueillir de renseignements sur la première enfance de ce malade.

Je sais seulement qu'il a toujours été très peu développé au point de vue intellectuel. Il a pu apprendre à lire, un peu à écrire. Mais là se borne tout ce qu'on a pu lui apprendre.

Il est complètement dystrophié au point de vue cérébral ; il est complètement inintelligent.

Il est assez bien développé physiquement.

Il est affecté d'une ichthyose congénitale généralisée.

Comme stigmate d'hérédo-syphilis, il présente :

1° Une légère anomalie dentaire au niveau des incisives médianes supérieures qui ont la forme de dents en tourne-vis ;

2° Un crâne très réduit de volume ;

2° Des lésions du fond de l'œil d'origine manifestement hérédo-syphilitique, sous forme de dépôts pigmentaires sur le bord externe des papilles qui sont toutes déformées ; reliquat d'ancienne chorio-rétinite : artères réduites de volume ; veines volumineuses.

(Examen du Dr Schamk.)

Le second enfant, Élisa M..., est âgé de 14 ans et demi.

Ainsi que vous pouvez le voir, cette malade est toute petite, toute dystrophiée.

La taille ne mesure que 1 m. 34; elle donne l'impression d'une enfant de 10 ans. Elle n'est pas réglée. Elle ne s'est jamais développée. Elle est restée tout à fait infantile.

Très dystrophiée physiquement, elle est, à l'encontre de son frère aîné, normale au point de vue intellectuel.

Comme son frère, elle présente une dystrophie cutanée sous forme d'ichthyose congénitale généralisée.

Comme lui, elle présente une malformation dentaire, sous forme de persistance d'une canine de lait à la mâchoire supérieure et des stigmates ophtalmoscopiques en tous points semblables à ceux de son frère et trahissant d'une façon aussi certaine que possible la nature hérédo-syphilitique de ces lésions.

Il me paraît bien certain que les dystrophies multiples que présentent ces deux enfants doivent être rattachées à l'influence de la syphilis paternelle, en raison même de la signature laissée sous forme de stigmates ophtalmoscopiques.

Cette double observation serait en ce cas une confirmation nouvelle de l'importance de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de l'ichthyose.

Morphée tubéreuse.

Par MM. Jacquet et Guelliot.

Voici un homme de 22 ans, atteint de cette curieuse variété de la sclérodermie en plaques, décrite par Erasmus Wilson sous le nom de *morphée tubéreuse*.

La lésion occupe la région frontale *droite* ; une autre, plus analogue à la morphée vulgaire, est située à la région pariétale *droite*; ces deux plaques principales sont reliées par quelques traînées d'induration dermique.

Ces lésions datent de quatre mois; elles ont été précédées et accompagnées de névralgies dentaires généralisées, qui ont nécessité l'avulsion d'une dent et le plombage d'une autre.

Aujourd'hui encore il existe un reliquat fort net de fluxion sous-orbitaire *droite*.

Il semble donc que la *morphée*, comme la *pelade*, et sans doute d'autres dermatoses encore, puisse être provoquée par une irritation émanée de la sphère du trijumeau.

Ce rapprochement avec la pelade est dans le cas présent fortifié par le fait que ce malade est le neveu direct d'un grand peladique, soigné par M. Sabouraud.

Eczéma séborrhéique psoriasiforme.

Par MM. Balzer et Lecornu.

Le 13 février 1902, R. V..., âgé de 8 ans et demi, était amené par sa mère à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il présentait alors sur le tronc et les membres une éruption assez spéciale, dont le moulage a été fait par M. Baretta et qui offrit certaines difficultés de diagnostic.

Ce jeune R. V..., dont le développement physique et intellectuel est certainement retardé, a eu des convulsions pendant son enfance, il n'a marché qu'à 26 mois et n'a parlé qu'à 4 ans et demi. Il a en outre été opéré à l'âge de 6 ans de végétations adénoïdes et conserve le facies adénoïdien.

Vers la même époque, il a eu pour la première fois un eczéma de l'oreille, peu intense mais rebelle. Depuis lors, en effet, cet eczéma suintant n'a jamais disparu complètement ; au mois de janvier 1902, il a augmenté d'intensité, a gagné les joues et la face. Pour cette poussée d'eczéma de l'oreille il a été conduit à la consultation de Saint-Louis et on lui a prescrit des applications de pâte de zinc.

C'est un mois après que l'enfant nous était amené ; cette fois la mère ne consultait plus pour les oreilles qui étaient très améliorées, mais pour une éruption survenue en quelques jours à peine au tronc et sur les membres. Cette éruption se présente sous forme de petites papules croûteuses et rougeâtres de 2 à 3 millimètres de diamètre au plus, disséminées en assez grand nombre sur le tronc et la poitrine. Ces papules sont légèrement squameuses ; le grattage montre à leur niveau de petites squames argentées analogues à celles du psoriasis. En certains endroits cependant les squames ne sont ni nacrées ni sèches ; elles paraissent au contraire un peu grosses et la surface dénudée sous les squames ne saigne pas aussi facilement que dans le psoriasis.

Aux membres il y a peu d'éléments éruptifs ; cependant aux coudes et aux genoux on retrouve de petites papules analogues au niveau desquelles le grattage reproduit les squames argentées ; dans les plis du coude, des aisselles et des creux poplités, on observe aussi quelques macules, mais peu squameuses.

En présence de ces signes on porte sous toutes réserves le diagnostic de poussée aiguë et récente de psoriasis et on prescrit l'application d'une pâte de zinc cadique à 2 p. 100.

Quinze jours après, le 27 février, l'enfant nous était ramené ; sous l'influence du traitement, l'éruption s'était très rapidement atténuée. On n'en observait plus que des traces, les squames avaient disparu presque partout ; pourtant aux coudes et aux genoux on observait encore quelques petites papules squameuses où par le grattage on détachait encore quelques squames argentées.

Enfin le 13 mars, les éléments psoriasiformes avaient complètement disparu ; il restait seulement quelques macules brunâtres et nulle part on ne retrouvait de squames. L'eczéma de l'oreille était aussi complètement guéri.

En présence de l'évolution si rapide de l'affection et de ce fait qu'elle a succédé à un eczéma de l'oreille, nous nous sommes demandé si le diagnostic de poussée aiguë de psoriasis devait être maintenu, et s'il ne s'agissait pas plutôt d'une poussée aiguë d'eczéma séborrhéique consécutive à un eczéma des oreilles de même nature.

Un fait analogue, observé presque en même temps, nous a fait adopter cette opinion. Voici le fait en question :

Le 25 mars 1902 le jeune B. R..., âgé de 7 ans, était amené à la consultation de l'hôpital St-Louis. Il présentait un eczéma suintant des deux oreilles et des sillons rétro-auriculaires, de l'eczéma du cou et du cuir chevelu, enfin de l'eczéma séborrhéique du sillon naso-génien. Cet eczéma aurait débuté par les oreilles l'hiver 1900 à 1901 ; mal soigné au début, il se serait étendu depuis au cuir chevelu. La poussée actuelle datait de deux mois environ. Mais, en outre de ces lésions déjà anciennes, la mère attirait notre attention sur une éruption plus récente du tronc et des membres.

En effet, sur le corps l'enfant présentait de nombreux éléments arrondis, petits, du diamètre de 2 à 5 millimètres, rougeâtres ou recouverts pour la plupart de squames brillantes et argentées. Ces éléments s'observent surtout sur le dos, le tronc, l'abdomen ; on en observe également aux membres et en particulier dans les plis de flexion, aux aisselles, aux plis du coude, aux creux poplités. Ces petits éléments présentent de grandes analogies avec un psoriasis ; le grattage détache à leur surface de petites squames nacrées au-dessous desquelles apparaît une surface rougeâtre mais non saignante. Cependant les squames sont plus grosses que ne sont d'ordinaire les squames des psoriasis. D'autre part, les sièges habituellement occupés par le psoriasis, les coudes, les genoux sont respectés. Aussi éliminons-nous le diagnostic de psoriasis pour porter celui de poussée aiguë d'eczéma séborrhéique psoriasiforme consécutive à un eczéma de la face. On se contente de prescrire des applications de pâte de zinc.

Sous l'influence de ce traitement l'amélioration fut très rapide ; le 28 mars, l'enfant nous était ramené ; les macules ne persistaient plus pour la plupart qu'à l'état de traces rougeâtres ; quelques-unes encore étaient recouvertes de squames, mais de squames grasses, et par le grattage on n'obtenait plus l'aspect nacré caractéristique du psoriasis. Depuis cette époque la guérison a dû se compléter, car l'enfant n'est plus revenu à l'hôpital.

Si nous avions conservé des doutes sur la nature du premier cas, l'examen du second les aurait certainement dissipés. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe de grandes analogies cliniques entre la poussée de ces séborrhéides à éléments punctiformes, et la poussée initiale du psoriasis. Après avoir enlevé avec l'ongle la squame légèrement jaunâtre et croûteuse qui surmontait les petits éléments de l'éruption, nous trouvions au-dessous d'elle une seconde couche épidermique argentée absolument analogue à celle du psoriasis. Le premier jour certainement les deux diagnostics pouvaient être

défendus. Pourtant si l'on poursuivait plus loin le raclage de l'épiderme on arrivait sur une surface rouge, saignant moins facilement que dans le psoriasis. La squame est peut-être aussi plus blanche, plus sèche, avec moins de tendance à devenir croûteuse dans cette dernière affection. Enfin nous étions encore guidé par l'existence antérieure de l'eczéma de la tête, et par les résultats rapides du traitement. Nous avons tenu, à cause de l'intérêt objectif de cette éruption, à la faire mouler par M. Baretta.

Ecthyma ulcéreux de l'enfance.

Par MM. Alfred Fournier et G. Milian.

Porté sur le bras, cet enfant est écorché au niveau de la face antéro-externe de la cuisse gauche par la gourmette cassée de sa mère. Il en résulte une petite ulcération sur laquelle s'est développée la lésion pour laquelle l'enfant vient à l'hôpital.

Douze jours après l'accident, le 5 avril 1902, la lésion est constituée de la manière suivante :

1° Une *grande ulcération* ovalaire d'environ 2 centim. 5 sur 2 de diamètre, à fond rosé, un peu grisâtre, non bourgeonnant et non bourbillonneux. Les bords en sont absolument réguliers, taillés à pic comme une syphilide ulcéreuse, à quoi l'on pense tout d'abord. Ces bords sont rosés sur une étendue de 3 à 4 millimètres, mais non infiltrés comme les lésions spécifiques.

2° Une petite ulcération de la dimension d'une lentille, très profonde, de même aspect que la précédente.

3° Deux vésico-pustules de la dimension d'une petite lentille, recouvertes d'une mince pellicule et à contenu séro-purulent plutôt que franchement purulent. Ces deux vésico-pustules sont à quelque distance de la grande ulcération, au-dessus et au-dessous d'elle.

Les viscères sont sains. La température est à 38°,4.

En présence de ces divers éléments qui marquent les stades successifs de l'affection, le professeur Fournier porte le diagnostic d'ecthyma ulcéreux de l'enfance.

Le père nie d'ailleurs tout antécédent spécifique. Il est actuellement très bien portant et ne porte aucune affection cutanée.

La mère est également très bien portante.

C'est leur premier enfant depuis un an et demi de mariage.

Le 9 avril, apparition de trois nouvelles vésico-pustules du volume d'une petite lentille. Les deux ulcérations ont un peu grandi. L'état général de l'enfant est toujours excellent.

Les jours suivants, d'autres vésico-pustules apparaissent encore, mais elles sèchent très vite et n'arrivent pas au stade d'ulcération.

Le 2 mai, jour de la présentation de l'enfant, les vésico-pustules sont toutes séchées et la grande ulcération rétrécie des trois quarts est à niveau des téguments.

Éléphantiasis syphilitique ou syphilome hypertrophique diffus du scrotum et de la verge. Orchite double scléro-gommeuse avec fongus guéri.

Par MM. Alfred Fournier et G. Milian.

Le nommé X..., âgé de 43 ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis, le 12 avril 1902, pour une ulcération qu'il porte au creux poplité gauche, et qui est une syphilide ulcéro-gommeuse caractéristique. En l'examinant complètement, nous constatons chez lui une autre lésion des bourses et des testicules beaucoup plus importante dont il ne nous parle pas, mais dont voici l'histoire :

Cet homme a eu la syphilis il y a six ans : chancre de la verge, suivi des accidents caractéristiques (roséole, plaques muqueuses, etc.).

Cette syphilis a été soignée pendant deux mois dans le service par les pilules, puis au dehors pendant six mois par l'iodure. Il y a six mois s'est déclarée la lésion des bourses. Ses testicules sont devenus successivement volumineux et au bout d'un mois n'ont pas tardé à suppurer ; l'évacuation purulente se fit aux deux bourses et laissa à chaque bourse une fistule qui dura six semaines à deux mois et se ferma de soi-même, sous la seule influence d'une pommade donnée par un pharmacien.

Aujourd'hui, 12 avril 1902, les fistules sont fermées complètement, mais il reste cependant des lésions considérables. Les bourses sont augmentées de volume, grosses comme les deux poings réunis et sont de couleur rouge vif, rouge un peu violacé, d'apparence presque phlegmoneuse. Symétriquement, de chaque côté du raphé médian, on voit deux dépressions irrégulières de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 environ, qui résultent, comme l'indique la palpation, de l'adhérence de la face profonde de la peau à la face antérieure du testicule sous-jacent.

La peau des bourses elle-même est atteinte : de couleur rouge, inflammatoire, elle est considérablement épaissie. Au lieu de sa minceur habituelle, elle a au moins un centimètre d'épaisseur; il s'agit d'une sorte d'œdème chronique dur, ne conservant pas l'empreinte du doigt et qui, en même temps qu'il fait disparaître en partie les plis normaux des bourses, rend celles-ci turgides et les transforme en un sac rigide et non en une poche flasque.

Cet œdème, cet éléphantiasis a gagné la *verge* qui est affectée à sa base d'une lésion analogue.

Les testicules sont aussi tous deux malades. Ils sont chacun du volume d'un œuf de poule, et adhèrent à la face profonde de la peau par leur face antérieure. Contrairement aux testicules syphilitiques ordinaires qui sont bosselés, ceux-ci sont lisses ; ils sont durs et à peu près indolores à la pression. C'est une véritable sclérose hypertrophique uniforme de l'organe.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire aux plis inguinaux.

Les autres viscères sont sains chez ce malade.

Le 2 mai, jour de la présentation, ce malade, soumis aux injections de calomel (0,05 centigrammes par semaine) et à l'iodure de potassium (3 grammes par jour), va beaucoup mieux. Le volume des bourses a diminué de moitié; l'infiltration des téguments a disparu en partie et ceux-ci ont déjà recouvré une partie de leur souplesse.

M. Moty. — Je ferai remarquer qu'en dehors de la syphilis les lésions ulcéreuses scrotales sont très communes chez les Arabes.

M. Fournier. — Il est quelquefois très difficile de donner une dénomination clinique à ces tuméfactions. Est-ce de la lymphangite chronique syphilitique, s'agit-il d'infiltrations en nappes? A défaut de connaître la nature exacte de l'affection, je l'ai appelée éléphantiasis ou *syphilome hypertrophique diffus*.

Traitement du psoriasis par le permanganate de potasse.

Par M. Hallopeau.

Nous continuons à expérimenter l'application de la solution de permanganate de potasse dans les dermatoses que nous considérons comme de nature parasitaire et dans lesquelles son effet curatif peut être obtenu sans provoquer d'irritation : il en est ainsi pour le psoriasis; chez plusieurs malades atteints de cette éruption, nous avons prescrit l'enveloppement de l'un des membres avec la solution de permanganate de potasse d'abord au 300e, puis au 200e, et, si cette dernière était bien tolérée, au 100e ; nous avons simultanément fait recouvrir le membre opposé d'une couche de pommade contenant un 20e de ce même sel; enfin, les autres parties du corps étaient soumises au traitement cadique ; or, il a été de toute évidence que, dans tous les cas, les parties traitées par la solution de permanganate ont été beaucoup plus rapidement et efficacement influencées que les autres : les 3 malades que nous avons l'honneur de vous présenter en offrent le témoignage.

Nous ne craignons pas de dire dès à présent que cette médication est appelée à rendre d'utiles services dans la cure de cette dermatose ; sera-t-elle applicable aux éruptions généralisées ? nous n'oserions encore l'affirmer ; il nous faudra, auparavant, étudier le pouvoir toxique de cette substance et nous assurer que sa résorption en trop grande quantité ne pourrait pas devenir dangereuse comme l'est, par exemple, à un si haut degré, celle de l'acide pyrogallique.

L'action de la pommade a été moins efficace, mais il faut savoir que l'on ne peut administrer sous cette forme le corps en nature, car il se décompose en présence de tous nos excipients dérivés des matières grasses.

Deuxième note sur un cas de staphylococcie blanche ascendante.

Par M. Hallopeau.

Si nous vous présentons aujourd'hui une seconde fois ce malade, c'est pour montrer dans quelle mesure il s'est amélioré; ces suppu-

rations qui, depuis plus de six mois, repullulaient sans cesse et progressaient de bas en haut sans que rien pût en enrayer la marche, sont aujourd'hui complètement taries; il n'y en a plus trace; il reste seulement de la rougeur disposée en îlots autour de tous les orifices pilo-sébacés; cette amélioration est due exclusivement à l'usage de l'eau oxygénée à 10 atmosphères étendue de 3 parties d'eau bouillie. Ce fait vient donner une nouvelle preuve de la grande utilité de cette médication dans les affections suppuratives du tégument externe; elle a l'avantage de n'être, dans les conditions que nous venons d'indiquer, nullement irritante; ce succès est d'autant plus remarquable que les topiques les plus variés avaient été employés sans succès.

Note sur les injections de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis.

Par MM. Barthélemy, Lafay et Lévy Bing.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société les résultats obtenus, dans le traitement de la syphilis, par une série de *1041* injections intra-musculaires de biiodure d'Hg., employé sous forme de solution huileuse et de solution aqueuse.

A. Martin, en 1868, expérimente pour la première fois une solution aqueuse de biiodure, solubilisé par l'iodure de potassium, solution contenant également de la morphine. La même année, Bricheteau remplace l'iodure de potassium par l'iodure de sodium, moins irritant. Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 octobre 1869, Léon Labbé étudie la formule de Martin, dont il injecte chaque jour 2 centigrammes. Cotte reprend la formule de Martin qu'il modifie et injecte quotidiennement 5 milligrammes de biiodure et 1 centigramme d'iodure de potassium. En 1880, Terrillon d'une part, Gaillard et Yvon de l'autre, font quelques essais avec une solution contenant du biiodure, de l'iodure de potassium et du phosphate de soude : les injections étaient très douloureuses. En 1885, Vacher reprend la formule de Bricheteau et injecte tous les jours 1 centigramme d'iodure mercurique.

Dans toutes ces préparations, ainsi qu'on le voit, le biiodure d'Hg. est uni à l'iodure de potassium ou de sodium et le tout est en solution dans l'eau distillée.

En 1888, M. Bouchard met en usage, sous forme d'injection sous-cutanée, contre la fièvre typhoïde, d'une solution de biiodure dans l'huile puis dans l'aniline (*Thérapeutique des maladies infectieuses* (Leçon du 28 juin 1888). — De là l'idée qu'eut alors M. Panas).

M. Panas a alors l'idée de dissoudre le biiodure dans l'huile stéri-

lisée, et il parvient à obtenir une solution stable à 4 milligrammes par centimètre cube. C'est cette solution à 0 gr. 004 qui depuis a été si couramment utilisée notamment par M. Dieulafoy. Nous-mêmes en avons fait un très grand emploi, et dans des cas de syphilis graves, nous injections chaque jour dans une même séance, deux seringues, soit 8 milligrammes. Cette dose, parfaitement supportée, était cependant parfois insuffisamment active et exigeait l'introduction dans les tissus de 2 centimètres cubes de liquide.

Pour remédier à ce double inconvénient, l'un de nous présente à la Société de Dermatologie, à la séance du 2 mai 1901, une *huile biiodurée* centésimale (1 centigramme de biiodure d'Hg. par centimètre cube), obtenue par simple dissolution à 70° du biiodure dans l'huile de noix récente, préalablement lavée à l'alcool et stérilisée. Cette préparation, malgré sa teneur en biiodure de mercure, est tout à fait stable, même en hiver.

Pour agir d'une façon plus active encore, nous avons demandé à M. Lafay de porter à 15 milligrammes par centimètre cube la proportion de biiodure. On arrive à ce titre en dissolvant le sel de mercure dans un mélange à parties égales d'huile de noix et d'huile de ricin.

C'est avec cette huile à 15 milligrammes par centimètre cube, qu'ont été faites les 615 injections dont nous apportons à la Société un compte rendu sommaire.

Nous n'avons adjoint à notre huile biiodurée, ni gaïacol, ni cocaïne, ni morphine, d'abord pour n'en point modifier la composition, ensuite pour éviter les dangers d'intoxication associée.

Le manuel opératoire est le même que celui de toutes les autres injections *intra-musculaires*. Nous employons des aiguilles en platine très longues, de 4 à 7 centimètres, pour faire l'injection très profondément. Nous avons essayé, en effet, d'en faire quelques-unes sous-cutanées, mais elles provoquent une très violente douleur et produisent une nodosité qui persiste très longtemps.

Il est, par contre, très important d'enfoncer tout d'abord l'aiguille isolément et d'attendre une ou deux minutes, pour voir si par l'extrémité il ne sort pas de sang. Nous avons, en effet, observé au début, trois ou quatre fois, en faisant la piqûre en un seul temps, quelques petits accidents d'embolie.

Le nombre des malades traitées dans le service, toutes des femmes, a été de 25; et elles ont reçu en tout 615 injections; chaque femme a donc eu en moyenne 24 injections. Leur âge moyen était de 22 ans, et leur poids moyen de 50 kilogrammes.

Nous publierons leurs observations complètes dans un travail

(1) LAFAY. *Bulletin de la Société française de Derm. et de Syph.*, 12e année, n° 5, page 233.

ultérieur. Ces femmes présentaient les accidents syphilitiques les plus variés, et ont toutes guéri complètement desdits accidents en 20-25 injections.

Nous n'avons trouvé aucune contre-indication ; deux syphilitiques atteintes de tuberculose aux deuxième et troisième degrés, ont même augmenté de poids, en même temps que leur état général s'améliorait.

Nous n'avons observé aucun accident, ni abcès, ni sphacèle, ni inflammation, ni éruption hydrargyrique; jamais d'albuminurie, ni de diarrhée, ni de troubles gastro-intestinaux.

Deux fois seulement sur 25 malades, nous avons consigné une légère stomatite, guérie au bout de quelques jours, quoique nos malades arrivent presque toutes avec des dents dans un état déplorable.

Quelquefois, nous avons observé des nodosités, ne dépassant pas le volume d'une noisette. Nous avons remarqué qu'elles se produisaient de préférence chez les femmes à fesses très grasses, alors que l'aiguille employée n'était pas suffisamment longue; d'autres fois, même en prenant toutes les précautions, il était impossible de les éviter par suite du liquide dans le passage de l'aiguille.

Les injections d'huile biiodurée sont, au point de vue douleur, très variables ; certaines sont indolores, d'autres, et c'est la majorité, sont douloureuses et en moyenne la douleur persiste pendant 2 à 4 heures après l'injection. L'intensité de la douleur varie suivant les malades et suivant les jours et suivant le côté.

En résumé, cette dose de 0,015 milligrammes est très bien tolérée par des femmes d'un poids moyen de 50 kilog. Elle constitue donc la dose courante. Chez des hommes, plus vigoureux, on pourrait augmenter la dose et nous avons fait à un même malade 20 injections de 0,03 centigrammes chaque, d'huile biiodurée, qui ont été très bien tolérées. Dans des cas très graves, on pourrait peut-être recourir à des doses plus fortes encore.

Cette série de 20 piqûres à 0,015 milligrammes de biiodure représente donc 0,30 centigrammes de biiodure ; et, en calculant l'équivalence en mercure, on voit que ces 20 injections contiennent exactement 0 gr. 132 de mercure métallique pur.

Les 426 autres injections ont également le biiodure comme agent spécifique, mais en *solution aqueuse* : l'huile est remplacée par l'eau.

Par suite de l'insuffisante solubilité dans l'eau du biiodure d'Hg., on additionne ce sel d'un poids égal d'iodure de sodium desséché et purifié, et l'on injecte dès lors un iodure double de mercure et de sodium.

Cette solution aqueuse peut encore être additionnée de chlorure de sodium, dans la proportion de 0,75 centigrammes par 100 centi-

mètres cubes de liqueur. Pour la différencier de la précédente, nous la désignons, dans nos observations, sous le nom de « *solution isotonique* » de biiodure d'Hg. à 0,01, 0,02... 0,05 centigrammes par centimètre cube. Disons tout de suite que les deux variétés de solution aqueuse sont cliniquement identiques.

Nous avons traité par la solution aqueuse à 0,01, 0,015 et 0,02, 17 femmes syphilitiques, à qui nous avons fait 426 injections, soit une moyenne de 25 injections par malade. Ces femmes avaient en moyenne 22 ans et leur poids moyen était de 53 kilogrammes.

La technique employée est toujours celle qui est recommandée pour les injections *intra-musculaires*; car, c'est parce qu'elles étaient sous-cutanées que les injections de biiodure n'ont pas été tolérées.

Les observations de ces malades, atteintes d'accidents syphilitiques nombreux et variés, seront également publiées.

Dans cette seconde série nous n'avons observé aucun accident. Nous n'avons même pas eu un seul cas de stomatite, et nous ne pouvons signaler la moindre nodosité. Toutes les piqûres ont été presque indolores, et une seule malade s'est plainte de souffrir, après chaque injection, pendant une ou deux heures à peu près, et d'une façon très supportable.

Nous avons, dans ces derniers temps, pratiqué des injections intra-musculaires quotidienne avec alors des solutions plus concentrées à 0,03 centigrammes; elles sont également bien tolérées; nous expérimentons actuellement une solution à 0,05 centigrammes de biiodure par centimètre cube et par jour, deux de nos malades ont reçu, chacune 20 injections, une par jour, à la dose quotidienne de cinq centimètres cubes; les deux malades ont guéri de leur accident syphilitique et ont très bien toléré cette haute dose de mercure.

Comparons maintenant ces deux séries d'observations. Avec la solution huileuse de biiodure, il faut user de plus de précautions; faire l'injection en deux temps, soigneusement, car de petits accidents d'embolie se produisent facilement. Ce danger n'est pas à craindre avec la solution aqueuse.

Dans un centimètre cube de la solution huileuse, on ne peut dissoudre que 0,015 milligrammes de biiodure; et si l'on veut, dans des cas graves ou urgents, injecter 0,03 centigrammes de biiodure, comme nous l'avons fait pour une série de 20 injections, il faut introduire dans les tissus deux centimètres cubes d'huile. Il est vrai qu'en se servant exclusivement d'huile de ricin, on peut dissoudre 0,02 centigrammes de biiodure par centimètre cube, mais alors le liquide est très difficile à injecter, par suite de sa viscosité. La solution aqueuse, au contraire, dissout autant de biiodure que l'on en veut employer.

La solution huileuse a un grand inconvénient, c'est précisément

son excipient huileux, que M. Gaucher lui a déjà reproché. Elle semble irriter les tissus bien plus que la solution aqueuse, directement miscible au sérum sanguin.

La solution huileuse est d'une préparation extrêmement délicate et difficile, et exige certaines précautions pour pouvoir être conservée. La solution aqueuse est très facile à préparer, tout en exigeant de grands soins d'asepsie.

L'huile biiodurée est très souvent douloureuse; la douleur dure pendant 3 ou 4 heures, tandis que la solution aqueuse au même titre est pour ainsi dire indolore, et que des solutions aqueuses à 0,02, 0,03 et 0,05 ne sont guère plus douloureuses.

La solution huileuse, malgré toutes les précautions prises, donne souvent des nodosités douloureuses; avec la solution aqueuse nous n'en n'avons jamais observé.

Sur 25 malades traitées avec l'huile biiodurée, nous avons observé deux cas de stomatite, légers il est vrai; nous n'en avons pas observé un seul sur 17 malades injectées avec la solution aqueuse. Il semble d'ailleurs que la solution huileuse expose plus que la solution aqueuse à la stomatite.

Au point de vue de l'efficacité, il est difficile de comparer des malades entre eux; mais, pour nous, de l'emploi sans parti pris de ces deux solutions, il ressort très clairement ce fait que l'huile biiodurée à 0,015 est de beaucoup plus active que la solution aqueuse au même titre. Cela tient-il à ce que dans l'une, le biiodure est simplement dissous dans l'huile, alors que, dans l'autre, le biiodure se trouve sous forme de sel double? De toute façon, le fait subsiste et a sa valeur. D'ailleurs les observations prises au jour le jour nous montrent nettement ces résultats.

Ces deux solutions peuvent être employées contre tous les accidents de la syphilis; il n'y a aucune contre-indication.

Les doses courantes sont : 0,015 d'huile biiodurée par jour, pendant 20 ou 25 jours et de 0,015, 0,02 à 0,025 de la solution aqueuse par jour pendant le même temps. Ces doses pourront, dans des cas très graves, être doublées, sans qu'il se manifeste d'intolérance.

De tous les sels solubles (or, nous croyons les avoir essayés tous), le biiodure nous paraît encore le meilleur, soit qu'on l'emploie en solution huileuse ou bien en solution aqueuse. Mais comme tous les sels solubles, il en a les inconvénients, nécessité de répéter tous les jours une injection, douloureuse ou non, qui assujetit à la fois et le malade et le médecin, bien qu'elle ne soit pas si active que l'huile grise, par exemple.

Dans les cas cependant où il est nécessaire de recourir aux injections solubles, il nous semble que les injections intra-musculaire de la solution aqueuse de biiodure sont de beaucoup préférables

et par leur efficacité et par leurs moindres inconvénients; car, sur un total de 1041 injections, nous n'avons pas observé un seul accident sérieux et nous avons eu bien des guérisons.

M. Fournier. — L'injection aqueuse dont il vient d'être question, est l'injection d'Aimé Martin et Bricheteau que les malades refusaient habituellement, à cause des phénomènes douloureux consécutifs. Ces phénomènes semblent n'avoir pas existé avec la nouvelle formule de biiodure en solution aqueuse, qui permettrait d'injecter des doses journalières assez fortes de mercure.

A ce propos j'insiste sur la dose utile à donner aux malades. Les plus maltraités sont ceux qui ont été soumis à de petites doses de mercure, doses suffisantes pour assoupir momentanément la maladie, mais insuffisantes pour la guérir. Les doses timides, insuffisantes, mènent au tertiarisme.

M. Lafay. — J'insiste sur ce fait que les injections aqueuses n'ont pas été douloureuses, qu'il n'y a pas eu de nodosités et que la tolérance est facile puisque les malades subissent des injections journalières de 5 centigrammes de biiodure de mercure par centimètre cube d'eau.

M. Barthélemy. — Tant que le mercure restera le meilleur et le seul moyen connu de combattre efficacement contre le virus syphilitique, il y a lieu d'administrer le mercure à la dose la plus élevée possible, qui soit bien tolérée par un organisme déterminé. Il faut aussi s'efforcer de saturer l'organisme au moment où le virus est le plus actif et le plus répandu, c'est-à-dire dès les premiers temps où l'organisme tout entier vient d'être envahi. Je pense que c'est pendant les premiers six mois et au plus pendant la première année qu'il importe le plus à tout syphilisé d'être soumis au contrepoison. Le traitement devra être porté au maximum de la tolérànce; et il doit être continu, comme l'est l'absorption des *préparations mercurielles insolubles*, absorption qui est peu considérable à la fois mais qui ne cesse pas. J'ai déjà eu souvent l'occasion de dire ici que, dans l'état actuel de nos connaissances, c'était, à mon avis, l'huile grise qui remplissait le mieux les conditions requises. J'ajoute en passant que pour éviter les embolies, il importe que l'huile grise ait la consistance pâteuse et que la dose de liquide soit réduite à aussi peu de gouttes que possible. Je reste donc partisan convaincu de la supériorité de l'huile grise sur tous les autres moyens employés jusqu'ici contre la syphilis. Je pense que les autres préparations, les solubles notamment, ne guérissent pas la maladie aussi profondément et ne garantissent pas aussi bien contre le tertiarisme. Je puis appuyer cette proposition sur plus de douze observations de syphilis qui datent déjà de dix années et qui n'ont pas eu d'autre traitement spécifique que l'huile grise. Je ne compte pourtant les publier que quand j'en aurai au moins vingt-cinq suivies pendant quinze ans. Tout composé mercuriel n'agit contre la syphilis qu'en raison de la quantité d'équivalent de mercure qu'il contient et surtout qu'il fait absorber par l'organisme.

Cela dit, il y a des cas où les injections solubles peuvent rendre des services, soit aux médecins des eaux dont les malades peuvent facilement

venir tous les jours, soit pour des cas spéciaux d'intolérance ou d'excessive sensibilité, soit enfin pour les médecins qui demandent instamment une préparation efficace qu'ils puissent utiliser eux-mêmes pour eux, etc.

Mais, parmi les préparations solubles actuellement en usage, un si grand nombre a été vanté et préconisé, qu'il est bien difficile, à un médecin non spécialiste, de choisir le sel le plus favorable. Ici aussi il faut rechercher quel est le sel qui contient le plus de mercure proprement dit et proportionnellement; c'est celui-là qui sera le plus efficace. Le biiodure de mercure semble réunir ces conditions, mais, pour lui faire rendre de réels services, c'est-à-dire son maximum de rendement, il faut l'administrer à des doses bien autrement fortes que celles qui ont été préconisées par M. Panas ou par M. Dieulafoy. Quatre milligrammes de biiodure, cela n'est vraiment pas suffisant pour une dose, cette dose fût-elle répétée deux fois par jour. Il y a déjà longtemps, dès 1892, époque à laquelle j'ai fait un petit appareil du nom d'*hypodermic* pour faire des injections solubles, que j'ai soutenu qu'on pouvait facilement faire dissoudre et garder dissous jusqu'à un centigramme de biiodure par centimètre cube d'huile; aujourd'hui, notre collègue M. Lafay put même en faire dissoudre et en garder dissous quinze milligrammes par seringue de Pravaz d'huile. Mais pourquoi ne se servir que de la forme huileuse de ces préparations? Il est démontré, par de nombreux exemples, que les *solutions aqueuses* de *biiodure d'hydrargyre* peuvent être beaucoup plus actives en ce sens qu'elles contiennent parfaitement dissoutes de hautes doses de sels mercuriels; c'est ce qui fait que j'attire l'attention de la Société sur cette préparation qui peut compter parmi les meilleurs préparations mercurielles solubles à employer contre la syphilis en *injections intra-musculaires.* Nombre de malades m'ont affirmé que leurs injections intra-musculaires d'huile grise étaient moins douloureuses que les injections solubles sous-cutanées.

Tuberculose papillomateuse péri-anale.

Par MM. Leredde et Pautrier.

M. Gr..., 49 ans, se présente à nous en mars, porteur d'une lésion cutanée, qui offre l'aspect suivant:

Vaste placard péri-anal, occupant le pli interfessier et empiétant largement de chaque côté sur les deux fesses, ne remontant pas plus haut que l'anus, mais recouvrant en bas tout le périnée et descendant jusqu'à la naissance des deux bourses. Ce placard est nettement figuré, de forme arrondie: l'ensemble forme une assez vaste circonférence, atteignant 11 centimètres de largeur et partagée en deux à sa partie médiane par le pli interfessier.

Les lésions sont de couleur rouge sombre, leur bord est très net, faisant une légère saillie sur la peau saine environnante ; la surface du placard est irrégulière, bourgeonnante ou plutôt végétante et suinte abondamment, surtout dans le pli interfessier; le rebord des lésions est sec: il est par places lisse, brillant, d'un rouge un peu plus vif que le reste du placard ; par places il est recouvert de squames blanches, sèches ; l'aspect sur ces

points est celui des lésions du psoriasis. Les lésions du centre présentent, comme nous l'avons dit, un état végétant; sur certains points on remarque des érosions assez superficielles, on observe un état de macération dû au défaut de pansement, aux frottements et aux bains locaux incessants que prend le malade. Par places, on observe de petits points qui saignent très légèrement ; le malade déclare qu'il saigne ainsi depuis environ deux mois.

A la partie tout à fait inférieure, les lésions se prolongent et descendent le long du raphé scrotal, jusque vers sa partie médiane ; elles occupent uniquement le raphé et ont respecté le scrotum, des deux côtés. Sur le raphé elles forment une sorte de crête rouge, constituée par des lésions présentant le même aspect que le grand placard péri-anal.

A la partie inférieure à gauche, dans le pli fémoro-scrotal, sur le rebord du grand placard, on observe une sorte de crête allongée, de 2 centimètres de long environ, faisant une saillie très nette, surélevée sur le reste des lésions. Au dire du malade, elle serait due à un volumineux abcès formé il y a 6 ans et incisé, puis suturé plus tard. C'est du reste à cet abcès que le malade fait remonter l'origine de toutes ses lésions, qui ne sont apparues qu'à la suite. L'évolution de cet abcès aurait duré plus de 2 mois.

Au toucher, on sent au niveau des lésions une infiltration profonde, presque une véritable induration.

Les lésions sont extrêmement prurigineuses, *et cela depuis leur début;* le malade se gratte incessamment ; il se retient le plus qu'il le peut, mais ne peut résister longtemps au prurit.

Ganglions de volume moyen dans les aines. Rien à l'épididyme.

L'état général est bon ; le malade se porte très bien ; il est de constitution robuste. Alcoolisme.

Antécédents héréditaires. — Père vivant (80 ans), en excellente santé. Mère morte d'un cancer à l'estomac. Ni frère ni sœurs, pas d'hérédité collatérale intéressante.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une « fluxion de poitrine » en 1882, ayant duré deux mois ; pas d'autre maladie ; l'enquête du côté de la syphilis ne révèle rien.

13 filles, dont 5 sont mortes ; l'une d'elles est morte de méningite en bas âge.

Traitement. — Le traitement fait jusqu'ici a consisté uniquement en une application de pâte résorcinée de Unna sur toute la partie périphérique pour la nettoyer de ses squames, puis en applications bi-quotidiennes de pâte de Lassar, avec poudrage à la poudre de talc par-dessus.

Ce traitement, qui n'avait pour but que de modifier la surface des lésions, de faire cesser la macération, a amené un affaissement marqué; aujourd'hui les squames ont disparu, l'état végétant également; les lésions sont sensiblement réduites, et la question d'un traitement vraiment curatif se pose.

Résumé de l'examen histologique. — Hyperkératose modérée, hypertrophie de la granuleuse, végétation considérable du corps muqueux pénétrant dans la profondeur avec hypertrophie des éléments cellulaires en de nombreux points.

Dans le derme il existe des vaisseaux sanguins dilatés, quelques-uns ont

des parois épaisses. Prolifération générale des cellules fixes du tissu conjonctif.

Foyers de plasmazellen et de place en place très grandes cellules géantes, dans les foyers de plasmazellen ou en dehors d'eux. Pas de bacilles colorables.

Nous n'avons que deux points à relever dans cette observation. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, l'impression fut qu'il s'agissait d'un psoriasis, devenu végétant, peut-être épithéliomatisé. Les lésions ne prirent l'aspect qu'elles offrent maintenant qu'après l'application de pâte résorcinée ; du reste, le diagnostic avait été fait entre temps, grâce au commémoratif de l'abcès froid de l'anus. Une deuxième question importante se pose ici. Comment faut-il traiter un cas pareil, de manière à obtenir la guérison complète? Nous voudrions avoir l'avis des membres de la Société sur ce point.

M. Darier. — Dans un cas pareil, j'ai obtenu la guérison par un curettage profond; la récidive ne s'est produite que de deux ou trois points, qu'il fut facile de faire disparaître d'une manière définitive.

Hémo-diagnostic dans un cas de dermatose de Duhring fruste.

Par MM. Leredde et Pautrier.

La malade que nous présentons aujourd'hui à la Société de Dermatologie est atteinte de lésions intéressantes par les différentes interprétations auxquelles elles peuvent donner lieu et que nous croyons pouvoir qualifier, malgré l'absence de toute bulle ou vésicule, de dermatose de Duhring à forme fruste, par exclusion des autres affections et surtout grâce à un examen hématologique qui nous a révélé une éosinophilie sanguine importante.

Mme Bour..., 38 ans, se présente à nous le 20 avril, se plaignant d'un prurit très violent et d'une éruption cutanée datant de 15 jours. La malade est dans un véritable état d'excitation nerveuse, dû aux démangeaisons qu'elle éprouve. Elle fait remonter le début de tous ces accidents à l'ingestion de langouste, de poisson de mer et de coquillages.

En l'examinant, on trouve disséminées sur tout le corps des lésions assez polymorphes d'aspect dont nous allons donner la description; elles sont groupées principalement au niveau des plis du coude, des plis cruraux de la partie supérieure des cuisses, et des creux poplités. Mais elles occupent également, plus dispersées, le cou, la poitrine, le dos, l'abdomen et les membres, au niveau des faces de flexion et d'extension. La figure, les mains et les pieds sont respectés.

Les lésions consistent essentiellement en érythème vague, disséminé, en macules rouges, étalées, plates, ne faisant aucune saillie, de forme

arrondie, ou irrégulière, déchiquetée. Certaines de ces taches, les premières apparues, dit le malade, sont en voie de disparition et laissent à leur place une macule brunâtre.

Mais en plus de ces taches érythémateuses qui forment le fond de l'éruption, on observe sur certains points des lésions d'aspect différent. C'est ainsi qu'au niveau des plis du coude on observe à la loupe de minuscules érosions, qui semblent correspondre à de petites vésicules rompues. Les lésions sont d'ailleurs à ce niveau, comme nous l'avons dit, beaucoup plus confluentes. On y observe en outre un léger degré d'épaississement de la peau et un très léger quadrillage ; il y a là comme une ébauche de lichénification.

Sur les avant-bras on note la présence de quelques petites papules, isolées, très peu saillantes, lisses, brillantes.

Sur le cou, la poitrine et l'abdomen, l'éruption n'est représentée que par des macules rouge brunâtre, en voie de disparition.

Dans le dos on observe des lésions de grattage énormes, de véritables érosions de la peau, recouvertes d'une croûtelle.

Sur les hanches, le bas-ventre, la partie supérieure des cuisses, régions où l'éruption est particulièrement confluente, elle consiste surtout en zones de rougeur diffuse sans aucune saillie de la peau ; au niveau d'un certain nombre on observe une légère exagération des plis, une ébauche de quadrillage ; au toucher, ces points donnent une sensation chagrinée de peau sèche, rugueuse. Là encore certains éléments en voie de disparition laissent une macule cuivrée ; en particulier dans le pli fémoro-génital à droite, on observe une grande macule couleur chamois, ovale, allongée, qui correspond, dit la malade, à la première rougeur par laquelle a débuté l'éruption.

Dans le creux poplité on ne trouve plus de lésions en activité, mais un assez grand nombre de macules brunâtres.

A la face postérieure et externe des cuisses ainsi que sur les mollets, lésions de grattage semblables à celles du dos.

Les muqueuses sont complètement indemnes.

Le prurit est extrêmement violent, disséminé sur tout le corps, et ne laisse presque pas de répit à la malade.

Trompés par le récit de la malade, qui attribuait tous ces accidents à l'absorption de poisson de mer, nous portâmes d'abord le diagnostic d'érythème polymorphe en voie de disparition et prescrivîmes des lotions avec une solution faible d'ichthyol, des poudrages à la poudre de talc dans la journée, et pendant la nuit l'application de glycérolé d'amidon à l'ichthyol à 5 p. 100.

Ce traitement amena une sédation marquée et 4 jours après, en revoyant la malade, nous constatâmes que l'éruption était en voie de régression ; le prurit était un peu calmé, mais persistait encore assez fort.

Deux jours après, la malade revenait, se plaignant que le prurit avait redoublé d'intensité ; elle n'avait plus un moment de répit, disait-elle ; en outre, certains éléments qui paraissaient, l'avant-veille, en voie de disparition, avaient rougi de nouveau, en particulier à la face supérieure des cuisses.

Surpris par la disproportion qui existait entre les phénomènes doulou-

reux et les lésions cutanées, nous fîmes alors subir à la malade un nouvel interrogatoire plus précis et nous apprîmes les faits suivants :

L'éruption datait de 20 jours ; mais elle avait été précédée d'un prurit violent, de picotements douloureux sur tout le corps qui avaient duré 4 jours. Sur ces entrefaites l'époque menstruelle de la malade étant survenue, le prurit redoubla encore, et après s'être grattée sans répit toute la journée, la malade, le soir en se couchant, vit son corps couvert de taches rouges. En l'interrogeant avec soin sur ce point, on apprend que l'éruption n'a jamais présenté un autre aspect que celui que nous avons décrit ; jamais aucun élément n'a même présenté d'aspect urticarien.

Le début de l'éruption ne fut accompagné d'aucun phénomène général : ni fièvre, ni embarras gastrique, ni céphalalgie. Mais depuis que les lésions sont apparues la malade souffre d'insomnies occasionnées par le prurit incessant.

Depuis trois jours, ce prurit a augmenté dans des proportions considérables. La malade le compare à « des picotements, comme de bêtes qui mordraient », à des « gros feux qui se promènent ». Lorsqu'une crise plus violente de prurit la prend, « elle ne sait où se gratter, tant tout le corps lui démange partout à la fois ».

A part ces phénomènes subjectifs et douloureux, on note une bonne conservation de l'état général et de l'appétit, bien que la malade se plaigne de souffrir un peu de l'estomac.

Antécédents. — La malade ne présente aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel intéressant. Elle est nerveuse, très impressionnable.

Dans ces conditions, en présence de l'intensité des phénomènes subjectifs douloureux et prurigineux, de leur persistance 20 jours après le début de l'éruption, et même de leur recrudescence depuis 3 jours comme s'il se faisait une nouvelle poussée, nous abandonnâmes notre premier diagnostic, et l'un de nous, se rappelant un cas analogue de M. Danlos, émit l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être d'une forme atténuée de maladie de Duhring. Nous procédâmes aussitôt à un examen du sang qui nous donna les résultats suivants :

Examen du sang. — *Numération des globules blancs* = 8 000.

Équilibre leucocytaire :

Mononucléaires	20	p. 100.
Polynucléaires	62	—
Lymphocytes	1	—
Éosinophiles	12	—
Formes non classées	3	—
Formes de transition d'Ehrlich (macrophages de Dominici)	2	—

En l'absence de vésicules et de bulles, et par suite de l'impossibilité de constater l'élimination d'éosinophiles par la peau, le diagnostic de dermatose de Duhring ne peut être affirmé ; il est toutefois des plus probables, étant donnés l'impossibilité de faire un autre diagnostic d'une façon ferme, les symptômes nerveux, le prurit excessif, les caractères du liquide sanguin.

Sur certains points, le dos en particulier, les lésions de prurit rappellent la phthiriase. M. Dantos a déjà présenté à la Société de Dermatologie un cas analogue.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Présidents d'honneur : MM. Besnier, Doyon, Mauriac.
Président : M. Alfred Fournier.
Vice-présidents : MM. Brocq, Dubreuilh (de Bordeaux), Hallopeau.
Secrétaire général : M. Du Castel.
Trésorier : M. Thibierge.
Archiviste : M. Wickham.
Membres du Comité de direction : MM. Balzer, Danlos, De Beurmann, Gaucher, Le Pileur.
Secrétaires des séances : MM. Bodin (de Rennes), Brodier, Déhu, Étienne (de Nancy), Gastou, Milian.
Membre honoraire : M. Tenneson.

Après la proclamation du résultat des élections, M. Fournier prononce l'allocution suivante :

Je vous remercie de tout cœur, mes chers collègues. Je suis fier d'être appelé par vos suffrages à présider la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Par bonheur pour moi, je puis inaugurer ma présidence par une proposilion qui ne soulèvera pas ici une seule discordance. Je suis bien certain, en effet, d'être l'interprète du sentiment général en adressant à mon cher prédécesseur l'hommage de nos vifs regrets pour la décision qui l'a conduit à se démettre des fonctions qu'il remplissait si bien et depuis si longtemps. Ai-je à vous rappeler quelle exactitude, quel dévouement il apportait à l'accomplissement de ses devoirs de Président? Ai-je à rappeler avec quel tact, quel talent, quelle sagesse nestorienne il dirigeait nos discussions, combien il excellait à envisager d'emblée une question et à en saisir l'idée pratique, à contenir les solutions prématurées, à solliciter les critiques, à réserver les enseignements de l'avenir, etc.? Bref c'était le président *parfait*, idéal. A ce point de vue, donc, comme à tant d'autres aussi, il est de ceux dont il est plus facile de prendre la place que de les remplacer. Aussi bien ne puis-je vous promettre qu'une chose, c'est de m'inspirer, pour les devoirs qui m'incombent actuellement, des excellentes traditions qu'il nous a léguées.

Le secrétaire,
P. Gastou.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Pathologie générale de la syphilis.

De l'exactitude de la notion « syphilis primaire » considérée comme affection purement locale (Ueber die Haltbarkeit des Begriffes « primäre Syphilis » als rein locale Affection), par W. Reiss. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 69.

R. rapporte le cas d'un étudiant en médecine auquel il excisa, 5 heures après un coït infectant avec une prostituée, une excoriation suspecte, de la dimension d'un grain de plomb, située sur la face interne du prépuce; il n'y avait ni induration, ni engorgement ganglionnaire. Le dernier rapport remontait à deux mois et le malade n'avait pas eu la syphilis antérieurement. La plaie guérit par première intention.

Au bout de 10 jours, on constata dans la région inguinale droite une adénite un peu sensible au toucher, qui peu à peu devint complètement indolente. Au commencement de la neuvième semaine, exactement 59 jours après l'excision, il survint une syphilide maculo-papuleuse sur le tronc et les membres; traitement par les frictions. Sept mois plus tard, ce malade eut une récidive sous forme de syphilide maculeuse annulaire.

Dans un autre cas, une femme enceinte de 8 mois fut infectée par son mari; dans les premiers jours de janvier, R. trouva un chancre infectant au voisinage de la commissure inférieure de la vulve. Le 2 février, cette malade accoucha d'un enfant tout à fait sain en apparence, mais chez lequel apparurent au bout de 2 semaines des symptômes évidents de syphilis héréditaire. Quatre semaines plus tard, il survint chez la mère une roséole syphilitique.

Ce cas ainsi que d'autres faits analogues démontrent qu'une femme peut, dès la période primaire de la syphilis, transmettre le virus à l'enfant par le placenta, puisque les premiers symptômes ne sont survenus, chez la mère, que longtemps après la naissance de l'enfant.

R. se montre sceptique à l'endroit des excisions de chancres indurés; il croit que dans un certain nombre de cas on a pu commettre une erreur de diagnostic et que d'autres n'ont pas été soumis à une observation assez prolongée. Il a vu, environ deux ans après l'excision un chancre induré, survenir un psoriasis palmaire rebelle qui était le premier accident syphilitique. A. Doyon.

Syphilides.

Cas exceptionnel de syphilis rappelant le lichen ruber (Ein ungewöhnlicher Fall von Syphilis, an Lichen ruber erinnernd), par W. Kopytowski. *Dermatologisches Centralblatt*, 1901, t. IV, p. 258.

Femme de 30 ans, mariée, atteinte d'un chancre induré des organes génitaux. Son mari avait depuis 6 mois une éruption généralisée très prurigineuse, caractérisée par des efflorescences de dimensions variables, les

plus grandes sont de formes irrégulières avec papules isolées sur les bords. La peau est très épaissie, brun foncé, sèche, recouverte en quelques points de squames blanchâtres. Sur les membres supérieurs et l'abdomen, papules disséminées de la dimension d'un grain de moutarde à celle d'un haricot, peu saillantes, jaune rose, brillantes; lésions de grattage très caractérisées sur tout le corps. Tous ces caractères correspondaient au lichen ruber.

Les pilules asiatiques n'ayant donné aucun résultat, K., qui avait en outre constaté des accidents secondaires chez la femme, prescrivit au malade un traitement mercuriel qui amena la régression rapide et complète de l'exanthème. A. Doyon.

Syphilis maligne.

Recherches sur la syphilis maligne et la syphilis grave (Untersuchungen ueber Syphilis maligna und Syphilis gravis), par Lochte. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, p. 485, 537 et 589.

Selon L., la syphilis maligne est caractérisée par les symptômes suivants : apparition précoce de nombreuses ulcérations sur tout le corps, — c'est le point essentiel du tableau morbide, — diminution des forces physiques, amaigrissement, aspect misérable, diminution de l'appétit, insomnie, parfois fièvre continue, enfin inefficacité du traitement mercuriel. L. comprend encore, avec Neisser, sous la dénomination de syphilis grave ou de syphilis anormale, tous les cas de syphilis grave qui, par leur localisation dans des organes essentiels, par leurs complications avec d'autres états morbides, par leurs caractères et leur évolution, se rapprochent de la syphilis maligne.

Dans les 5 dernières années (1894 à 1898), L. a trouvé sur 3270 hommes syphilitiques 17 cas de syphilis maligne (0,52 p. 100) ; chez les femmes, il n'en a observé qu'un seul cas depuis 1894.

La lésion primaire de la syphilis maligne et la première éruption ne présentent souvent pas un caractère grave ; ce n'est qu'au bout d'une année, d'après L., qu'un cas n'ayant jusque-là pas présenté d'accidents graves peut se transformer en syphilis maligne. Les cas de syphilis maligne forment cliniquement un groupe spécial ; les lésions prennent de bonne heure le caractère tertiaire ; l'engorgement des ganglions lymphatiques, qui est si marqué dans la période de début de la syphilis, manque complètement dans bon nombre de cas de syphilis maligne; enfin, ce qu'il y a encore de caractéristique, c'est l'inefficacité du traitement mercuriel dans ces cas, où on doit donner la préférence à l'iodure de potassium.

Les causes qui peuvent entraîner une évolution grave de la syphilis sont d'ordres très différents.

L'alcoolisme chronique, l'âge avancé, la misère, etc., sont des causes d'aggravation des manifestations syphilitiques : le chancre a de la tendance au phagédénisme, les syphilides ont un caractère malin, souvent pustuleux, parfois hémorrhagique, avec tendance aux récidives.

Il est encore difficile de décider si la syphilis du foie est en rapport avec l'alcoolisme. Le système nerveux central des alcooliques est très compromis par la syphilis.

Chez les phthisiques, les symptômes du début de la syphilis peuvent dans certains cas présenter un caractère grave, les syphilides revêtent particulièrement la forme de syphilides à petites papules. Mais à cette période, la tuberculose constitue pour les malades un danger plus grand que la syphilis. Si, à une phase plus tardive, la tuberculose vient s'ajouter à la syphilis, il n'en résulte pas pour cela d'accidents spécifiques graves.

Dès que la tuberculose devient fébrile, on n'observe pas en général de symptômes syphilitiques; ce n'est que dans des cas exceptionnellement graves et rares que les éruptions spécifiques durent jusqu'à la fin.

Le paludisme ancien et guéri n'exerce aucune influence sur la marche de la syphilis; dans le cas où les malades sont atteints en même temps de malaria et de syphilis, la malaria aggrave cette dernière.

On sait depuis longtemps que la syphilis présente des symptômes plus graves quand elle se transmet d'une race à une autre. Sur 47 cas de syphilis survenus dans ces conditions, L. a observé 5 fois une syphilis maligne (4 d'origine asiatique, 1 d'origine américaine); dans 12 cas la syphilis prit un caractère grave. Les infections asiatiques paraissent les plus graves, puis celles d'origine africaine. Il est possible que l'éloignement considérable des ports de l'Afrique Orientale, l'influence ordinaire de l'anémie des tropiques, ainsi que l'absence de traitement rationnel aient une réelle influence et occasionnent souvent des accidents sérieux.

La syphilis des vieillards réclame une grande prudence dans le pronostic. Chez les femmes enceintes, on observe souvent des syphilis très graves, la tendance à la guérison diminue et les récidives sont fréquentes.

De toutes les causes aggravantes mentionnées ci-dessus, aucune n'a pour conséquence constante une syphilis maligne ou grave. La cause est en général inconnue. L. ne peut se rallier à l'opinion de Lesser, Neisser, Haslund, etc., d'après laquelle la syphilis n'affecte une marche particulièrement grave que chez les individus dont les ascendants n'ont jamais eu la syphilis ou ne l'ont pas eue depuis longtemps : la race, dans cette opinion, ne serait pas par suite « vaccinée » et la syphilis tomberait sur un terrain vierge, comme on l'observe chez tout peuple chez lequel la syphilis n'existait pas auparavant.

Il est certain que la syphilis maligne ne résulte pas de ce que le contage syphilitique a une plus grande virulence, mais de ce que le malade possède une force moindre de résistance, toutefois il a été jusqu'à présent impossible de le démontrer.

A. Doyon.

Syphilis du système nerveux.

Polynévrite mercurielle ou syphilitique? (Ein Beitrag zur Frage : Polyneuritis mercurialis oder syphilitica?), par A. Strauss. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 421.

Homme de 27 ans, affecté de blennorrhagie et de syphilis, a présenté sept semaines après l'infection une roséole sur le tronc. Il fut traité par des injections de salicylate de mercure, 5 centigrammes deux fois par semaine. Dans l'espace de cinq semaines on fit dix injections, soit 50 centigrammes de salicylate de mercure. Sept jours après la fin de ce traitement, S. constata chez ce malade les symptômes suivants : diplopie, léger ptosis de la

paupière supérieure gauche; l'œil de ce côté ne pouvait se mouvoir qu'incomplètement (parésie du nerf abducteur), mydriase un peu plus accusée à gauche qu'à droite, les deux pupilles réagissent bien; la moitié gauche du visage était sans expression, impossibilité de plisser la peau du front; occlusion imparfaite des paupières à gauche; de ce même côté, la commissure buccale pendait. La parole était indistincte et difficile, ainsi que la mastication; diminution du sens du goût. Pas de stomatite. Tous ces symptômes indiquaient une parésie faciale périphérique. Pas de troubles de l'intelligence. Fonctions vésico-intestinales normales. Démarche ataxique, signe de Romberg. Dans les jambes et les bras, sensations de chatouillement, de picotement et de fourmillement, diminution de la sensation tactile de l'extrémité des doigts.

En raison de l'apparition subite et de la gravité de ces troubles nerveux, S. fit des injections de sublimé et prescrivit de l'iodure de potassium. Dès les premiers jours de ce traitement, la parésie faciale et la diplopie disparurent; par contre, il survint de nouveaux symptômes : violentes douleurs frontales et occipitales, parésie des membres supérieurs; augmentation des troubles de la sensibilité. Analgésie très prononcée des bras et des jambes, presque complète des extrémités digitales. Sensation de température normale; sternum douloureux, faiblesse et atrophie graduelle de tous les muscles. Le malade, déjà très agité, devint de plus en plus excitable; insomnie persistante, abolition des réflexes rotuliens, fonctions intestinales et vésicales intactes; pas d'albumine. Le malade succomba seize semaines après le début des accidents. Selon S., ce malade était atteint d'une polynévrite syphilitique qui sous l'influence de l'alcool, bien qu'il ne fût pas un alcoolique avéré, s'est montrée rebelle à l'action du mercure et de l'iode; la mort survint par suite de paralysie cardiaque. A. Doyon.

De l'abolition des réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis, par Babinski et Charpentier. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 17 mai 1901.

B. et C. rappellent qu'ils ont donné (Voir *Annales de Dermatologie*, juillet 1899) l'abolition permanente des réflexes pupillaires, et particulièrement du réflexe à la lumière, indépendante d'une altération du globe oculaire, du nerf optique et d'une paralysie de la troisième paire, comme un signe de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire presque, sinon tout à fait pathognomonique, et que cette notion a été confirmée par plusieurs observateurs (Kœnig, Erb, Parinaud, Cestan). Ils présentent 4 malades porteurs de manifestations syphilitiques et offrant ce phénomène. Ce signe, n'apportant aucun trouble à l'exercice de la vision, doit être recherché systématiquement chez tout individu qui se présente à l'examen du médecin. Sa constatation a une grande importance, car il décèle l'existence d'un état qui est souvent le précurseur de signes fort graves et qu'il y a intérêt à combattre le plus tôt possible.

Gaucher demande si les anciens syphilitiques qui présentent ce signe sont toujours candidats à une maladie nerveuse.

Babinski répond qu'ils sont candidats au tabes, à la paralysie générale ou à la syphilis cérébrale confirmée, mais qu'il est porté à croire que le signe de Robertson peut rester indéfiniment la seule manifestation d'une affection organique du système nerveux.

Joffroy fait remarquer que ces faits sont de nature à fortifier l'idée des relations tout au moins abstraites entre la syphilis d'une part, le tabes et la paralysie générale d'autre part. Mais le signe d'A. Robertson peut manquer dans la paralysie générale, même plusieurs mois après son début.

G. T.

Syphilis et tabes.

Gommes syphilitiques au cours du tabes, par Gasne. *Société de Neurologie de Paris*, 4 juillet 1901.

G. rappelle qu'il est rare de voir des lésions syphilitiques spécifiques — exception faite pour certaines lésions méningées ou artérielles des centres nerveux — évoluer chez les tabétiques.

Il en rapporte trois cas :

I. — Homme de 41 ans ; chancre de la verge il y a quinze ans, suivi de plaques muqueuses de la bouche ; tabes ayant débuté il y a 4 ou 5 ans par des douleurs fulgurantes, puis troubles de la miction et de la vision, etc. ; vient consulter pour une ostéite gommeuse du frontal et de la partie adjacente du temporal droit survenue depuis un an et ulcérée.

II. — Homme de 46 ans ; syphilis il y a 23 ans ; début du tabes il y a 12 ans par troubles de la marche et maux plantaires perforants ; 3 ans plus tard, douleurs fulgurantes, etc. ; en 1890, ulcération du tiers inférieur de la jambe, puis lésions du cou-de-pied ; en 1896, ulcération de la jambe qui guérit par le traitement spécifique, pour reparaître de nouveau, puis guérir encore.

III. — Femme de 30 ans, sans antécédents spécifiques ; début des douleurs fulgurantes il y a 7 ans, puis troubles de la vue, et rapidement incoordination très prononcée ; sur la cuisse, gommes syphilitiques sous-cutanées déjà ramollies et qui ont dû être ouvertes au bistouri, dont la malade ne peut indiquer le début.

Dans les cas où il y a coïncidence de tabes et de lésions cutanées, le tabes ne se distingue en rien du tabes vulgaire, ni par sa date de début, ni par ses symptômes et leur multiplicité, et les accidents cutanés sont ceux qu'on doit observer à l'âge auquel est parvenue la syphilis. Le tabes ne met pas à l'abri de ces accidents ; leur peu de fréquence tient à ce que la syphilis tertiaire épargne bien des malades. G. T.

Traitement mercuriel du tabes (Ueber die Mercurialbehandlung der Tabeskranken), par M. Bockhart. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1902, t. XXXIV, p. 12.

Chez les malades atteints de tabes le traitement mercuriel ne donne, selon B., de bons résultats qu'à la période ataxique précoce. Il prescrit de 20 à 25 frictions avec 2,50 à 3 grammes ou au plus 4 grammes d'onguent gris chacune, et il cesse le traitement dès qu'il constate une diminution du poids du corps et si les malades se trouvent moins dispos qu'à l'ordinaire et si leur visage devient pâle. Pendant cette cure, B. fait prendre 4 à 5 fois par semaine un bain chaud de 31° à 34° C., en général de 32°,5 (c'est la température qui convient le mieux pour les tabétiques) d'une durée de 10 à 15 minutes. Les bains chauds et froids sont ordinairement nuisibles. Les malades doivent rester au lit 10 heures pendant la nuit et 2 heures l'après-midi. Si le temps le permet, ils restent assis en plein

air et les très courtes promenades leur sont seules permises. Pendant ce traitement il faut s'abstenir presque complètement de tabac et d'alcool et éviter toute contention intellectuelle.

B. conseille de faire ce traitement une fois au moins chaque année. Chez les malades qui ne peuvent pas faire de frictions, on les remplace par des injections de sublimé (20 à 25 injections de 0,01 centigramme chaque). B. a trouvé que, chez les tabétiques, les injections de sels insolubles et l'usage du mercure à l'intérieur ne donnent pas de bons résultats. L'iodure de potassium ne lui a pas paru avoir d'action sur le tabes.

Sur 58 malades traités par cette méthode, B. a constaté chez 33 une amélioration sensible ou plutôt un arrêt partiel de la maladie ; chez 12 un arrêt complet ; ce bon résultat n'a été obtenu qu'après 4 à 6 cures mercurielles, c'est-à-dire au bout de 4 à 6 ans ; enfin chez 10 malades le tabes a continué de progresser lentement malgré l'emploi des traitements mercuriels.

A. Doyon.

Traitement de la syphilis.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse, par Gaucher et H. Bernard. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 février 1901.

G. et B. montrent que le pronostic de la grossesse, chez les syphilitiques bien traitées, n'est pas aussi grave qu'on le pense généralement. Si le traitement spécifique est institué convenablement et assez tôt, s'il est d'une intensité suffisante, et s'il est suivi régulièrement, les femmes accouchent ordinairement à terme d'un enfant bien constitué et indemne de lésions spécifiques ; cet enfant doit d'ailleurs être allaité par sa mère et traité après sa naissance, pour prévenir les accidents spécifiques ultérieurs. Le traitement de la femme enceinte syphilitique doit consister dans des séries alternées et ininterrompues d'injections de benzoate de mercure et de pilules de sublimé, le nombre des injections dépassant généralement du double celui des pilules. L'intensité du traitement spécifique chez les femmes enceintes, syphilitiques et albuminuriques, doit être subordonnée à l'état des fonctions rénales, déterminé par l'étude de la toxicité urinaire et par la recherche de l'élimination du mercure.

Rendu cite, à propos de l'emploi du mercure chez les syphilitiques albuminuriques, le fait d'une femme âgée, atteinte d'accidents syphilitiques graves, oculaires et rénaux, chez laquelle la néphrite rétrograda à la suite d'injections d'huile biiodurée, et le mieux ne commença à se manifester franchement qu'après que la malade eut commencé à s'alimenter avec de la viande, des œufs et des légumes, l'albuminurie présentant une recrudescence à chaque reprise du régime lacté.

Mosny rapporte un cas de néphrite syphilitique secondaire se traduisant par de l'oliguríe (250 grammes d'urine par jour) et une albuminurie abondante (72 grammes par litre) qui guérit rapidement par le traitement mercuriel.

G. T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Gonocoque.

Siège des gonocoques dans les sécrétions blennorrhagiques (Ueber die Lagerung der Gonococcen in gonorrhoïschen Secreten), par R. Herz. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 101.

H. a surtout trouvé des gonocoques intracellulaires dans les sécrétions où les leucocytes sont abondants. D'autre part, les gonocoques extracellulaires se montrent principalement lorsque le nombre des leucocytes diminue. Il est en outre certain que le siège des gonocoques n'a aucune importance au point de vue du pronostic, contrairement à l'opinion de Podres et Drobny. Car dans les blennorrhagies aiguës qui sont à l'acmé du processus, le siège extracellulaire du gonocoque doit, d'après les récentes démonstrations de Lanz, toujours être rapporté à une cause artificielle, uniquement à la manière dont on a recueilli la sécrétion. A. Doyon.

Culture du gonocoque sur le sang gélosé, par Bezançon et Griffan. *Société de biologie*, 30 juin 1900.

B. et G. ont obtenu avec le sang de lapin emprisonné dans la gélose, des cultures de gonocoques abondantes, d'apparition précoce et de vitalité remarquablement prolongée. Au bout de vingt-quatre heures, à l'étuve à 37°, il se forme des colonies arrondies, plates, transparentes, d'autant plus étendues qu'elles sont moins nombreuses ; au bout de vingt-quatre heures, les gonocoques ont dans ces cultures leur forme caractéristique au lieu d'être déformés, plus ou moins arrondis comme on le voit souvent dans les milieux de culture. Ils peuvent se conserver vivants pendant six mois. G. T.

Blennorrhagie chez l'enfant.

Blennorrhagie chez les petits garçons (Gonorrhea in boys), par A. L. Wolbarst. *Journal of the amer. medical Association*, 28 septembre 1901, p. 827.

W. a observé un grand nombre de blennorrhagies chez des garçons de 4 à 12 ans, contractées le plus souvent par le coït avec des fillettes du même âge. La blennorrhagie présente chez eux les mêmes symptômes et la même durée que chez les adultes. La douleur est quelquefois excessive. Le phimosis est très souvent une cause d'aggravation parce qu'il gêne le traitement; s'il est très étroit il empêche le libre écoulement du pus. Les complications et notamment les rétrécissements ou le rhumatisme sont rares.

Le traitement a consisté en soins de propreté extérieure pour éviter les ophtalmies et les injections de protargol à 1 p. 200 ou de permanganate à 1 p. 6000. W. D.

Péritonites gonococciques des petites filles, par Comby et Gadaud. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 mai 1901.

C. et G. rapportent trois observations de péritonites gonococciques chez des petites filles de 12 ans (1 cas), et de 6 ans et demi (2 cas), attein-

tes de vulvo-vaginite; dans les deux premiers cas, la vulvo-vaginite était ancienne et la recherche du gonocoque est restée négative ; dans le troisième, où la vulvo-vaginite était récente, cette recherche a été positive ; dans les trois cas, la péritonite a débuté rapidement, s'est traduite par des phénomènes graves qui ont fait agiter la question de l'intervention chirurgicale, mais a guéri rapidement par le traitement médical. On doit donc, en présence d'une péritonite chez une enfant, ne pas négliger l'examen des organes génitaux externes. G. T.

Rhumatisme blennorrhagique.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique (Zur Behandlung des Tripperrheumatismus), par Leistikow. *Monatshefte f. prak. Dermatologie*, 1900, t. XXXI, p. 568.

Dans le rhumatisme blennorrhagique aigu, L. fait pratiquer plusieurs fois chaque jour, sur les articulations atteintes, des frictions douces avec du vasogène ichthyolé à 10 p. 100 ; on recouvre ensuite avec de la gutta-percha et par-dessus on applique une couche épaisse de laine qu'on fixe avec une bande ; l'action calmante est très évidente. En même temps L. prescrit de prendre trois fois par jour après les repas dans beaucoup d'eau, 10 à 50 gouttes d'une solution d'ichthyol au tiers ; si l'urèthre antérieur est atteint on fait plusieurs fois par jour des lavages prolongés avec des solutions faibles d'ichthargan (0,02 p. 100) ; pour l'urèthre postérieur des lavages quoditiens et prudents d'ichthargan (0, 02 pour 200 grammes). Ce traitement a donné à L. d'excellents résultats.

A. Doyon.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique (Ueber die Behandlung der gonorrhoïschen Gelenkentzündung), par M. Bockhart. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 586.

B. a obtenu de très bons résultats du salicylate de soude en le faisant prendre par périodes de deux jours. Ainsi, les deux premiers jours, il prescrit 8 à 10 grammes de salicylate; ensuite on cesse pendant trois jours. Puis on recommence le traitement pendant deux jours et on continue ainsi à des doses de 4 à 6 grammes. En même temps, il fait appliquer sur les articulations malades une pommade à l'ichtyol ou du vasogène ichtyolé et par-dessus de l'ouate et une bande de flanelle. Dès la disparition des douleurs aiguës, on prescrit des bains chauds et plus tard le massage s'il y a lieu.

Les pauses paraissent être ici nécessaires pour que le salicylate de soude ait toute son action. B. recommande les applications chaudes, elles donnent de meilleurs résultats que le froid. A. Doyon.

Myosite blennorrhagique.

Myosite blennorrhagique (Gonorrhœal myositis), par M. W. Ware. *The American Journal of the medical sciences*, juillet 1901, p. 40.

Un homme de 35 ans, atteint de blennorrhagie depuis deux mois, a présenté une arthrite du genou actuellement guérie. Il est pris d'une vive douleur dans l'épaule, On trouve dans la paroi postérieure de l'aisselle une tumeur intra-musculaire du volume d'une noix. Dans les jours suivants cette

tumeur augmente de volume et s'accompagne de douleurs violentes et de fièvre; en même temps on trouve dans l'urine des filaments de pus avec des gonocoques. La douleur devient si violente qu'on se décide à faire une incision, pensant trouver du pus. On trouve le muscle ramolli et grisâtre, l'incision laisse écouler une quantité considérable de sérosité purulente avec des gonocoques. Il n'y avait pas de pus collecté; un fragment de muscle excisé a servi à l'examen microscopique. Les fibres musculaires sont en tuméfaction trouble, une grande partie d'entre elles sont méconnaissables ; dans leurs intervalles est une abondante prolifération conjonctive. On trouve beaucoup de gonocoques entre les fibres musculaires et autour des noyaux musculaires.

Les ensemencements faits sur de la gélose glycosée et du bouillon glycosé sont restés stériles, ce qui montrait l'absence des microbes pyogènes ordinaires.

Il n'y a dans la bibliographie que trois cas de myosite blennorrhagique. Ce sont trois observations purement cliniques et sans examen bactériologique ou histologique. W. D.

Traitement de la blennorrhagie.

Traitement lcoal de la blennorrhagie (The local treatment of gonorrhea), par Bardwell. *Medical News*, 21 septembre 1901, p. 456.

B. ne croit pas beaucoup à l'utilité des balsamiques dans le traitement de la blennorrhagie.

Il donne dans la période aiguë 60 centigrammes à 1 gramme par jour de citrate de potasse, mais compte surtout sur le traitement local et surtout sur le protargol. Il donne le protargol en injections à 1 ou à 1,5 p. 100 et insiste surtout sur la manière dont ces injections doivent être prises. Trois fois par jour on injecte deux seringues de la solution de façon que la solution reste cinq minutes en contact avec les muqueuses. L'injection doit être chauffée au bain-marie avant d'être donnée. W. D.

Recherche sur l'huile de santal et le gonorol (Untersuchungen ueber Oleum Santali ostindici und Gonorol), par P. Meissner. *Dermatologisches Centralblatt*, 1901, t. IV, p. 296.

Le gonorol est une huile de santal « purifiée » qui ne contient que les éléments alcooliques de cette huile. M. a fait deux séries d'expériences sur un certain nombre de lapins, il a fait manger à ceux d'une série du gonorol et à ceux de l'autre série du santal.

Sur 18 lapins traités avec du gonorol 10 sont restés en vie et bien portants pendant longtemps ; à la nécropsie on ne constata rien d'anormal ; les autres animaux moururent de maladies intercurrentes.

Sur 25 lapins traités avec le santal, 3 moururent de maladies intercurrentes, 6 restèrent vivants, 16 moururent de néphrite hémorrhagique et 6 de diarrhée.

On fit prendre le santal et le gonorol avec une sonde œsophagienne.

De ces expériences, il ressort que le santal a une action irritante sur les reins; par contre, on est autorisé à admettre que le gonorol ne donne pas lieu à cette irritation, car sur les 18 cas on n'a pas observé une seule fois de troubles rénaux. Des essais comparatifs ont été faits sur 17 malades ; on

a également constaté que le gonorol est mieux toléré que l'huile de santal qui provoque des troubles des voies digestives. A. DOYON.

Uréthrite non gonococcique.

Uréthrite streptococcique aiguë primaire (Acute primäre Streptococcen-Urethritis), par B. GOLDBERG. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. 1901, p. 133.

G. rapporte un cas d'uréthrite non blennorrhagique, mais primitive et provenant d'une infection par cohabitation. L'examen bactériologique du pus révéla la présence non de gonocoques, mais de quelques diplocoques se colorant bien par le Gram. L'inoculation sur du sérum sanguin durci donne en culture pure un streptocoque pyogène. La sécrétion prostatique ne contenait pas non plus de gonocoques. Au bout de quatre semaines, les cultures pures provenant de la culture primitive prospéraient encore ; les piqûres sur gélatine après quatre mois étaient encore capables de reproduction.

Cliniquement, il est impossible de distinguer ces uréthrites non gonococciques de la blennorrhagie. Les particularités qui ont été décrites sont les suivantes : évolution spontanée, tantôt plus courte, tantôt plus longue, prolongée, malgré tous les traitements ; pronostic favorable, complications rares, contagiosité probable, par conséquent refuser l'autorisation de se marier jusqu'à guérison.

En résumé, il y a une uréthrite primitive non gonorrhéique, d'origine infectieuse ; dans quelques cas, on a trouvé des microorganismes comme agents probables de la maladie; dans d'autres, l'examen microscopique n'a rien révélé. Il importe d'arriver par des cultures appropriées à combler ces lacunes. A. DOYON.

Inflammation de la verge.

Inflammations en forme de cordons sous-cutanés de la verge (Infiammazioni cordoniformi sottocutanee dell'asta ; ricerche istologiche, cliniche e batteriologiche), par C. BLASI. *Clinica dermosifilopatica della R. Universita di Roma*, octobre 1900, p. 127.

Les cordons inflammatoires de la verge sont généralement considérés comme des lymphangites. B. rapporte deux cas de blennorrhagie chronique dans lesquels des cordons de la verge avaient une autre origine anatomique; dans le premier, un cordon rectiligne, large de 2 centimètres, commençant au niveau d'une ulcération du prépuce et se terminant en un renflement arrondi du volume d'une noix, était constitué par une accumulation de cellules épithéliales ; dans le deuxième, un cordon, terminé à chaque extrémité par un renflement volumineux et arrondi, et accompagné de polyadénite inguinale, était constitué par une infiltration leucocytaire des tuniques moyenne et externe des vaisseaux sanguins (artères et veines) avec dilatation et aspect tortueux des capillaires et infiltration leucocytaire des tissus adjacents; les lésions inflammatoires pénétraient à peine au milieu des lacunes lymphatiques; dans les deux cas, les cultures montrèrent la présence de staphylocoques. G. T.

REVUE DES LIVRES

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mracek, 1re et 2e livraisons, 384 pages, Vienne, 1901, A. Hölder, éditeur.

Cet important ouvrage est conçu sur le plan d'une véritable encyclopédie des maladies de la peau, si l'on en juge d'après les deux premières livraisons. Il comprendra 2 500 pages ; l'ouvrage sera complet en dix-huit mois. De nombreuses reproductions cliniques et des dessins anatomiques illustreront le texte et en faciliteront la lecture. Une part très importante sera faite à la bibliographie, elle sera aussi complète que possible. Pour mener à bien cette œuvre considérable, M. a groupé un grand nombre de spécialistes distingués et a confié la rédaction de chaque article à l'auteur dont les travaux antérieurs indiquaient une compétence spéciale. Il nous suffira de citer quelques noms pour montrer l'autorité avec laquelle seront traités la plupart des sujets : Unna, eczéma et impétigo ; Jadassohn, lupus érythémateux, lupus vulgaire, tuberculose de la peau ; Winiwarter, maladies cancéreuses de la peau ; Mracek, syphilides ; Luithlen, pemphigus aigu ; Spiegler, pemphigus chronique, maladie de Duhring ; Ehrmann, éruptions symptomatiques ; Rille, dermatite exfoliative, lichen, prurigo ; Blaschko, herpès, maladies professionnelles de la peau, etc., etc.

La première livraison est pour la plus grande partie (151 pages) consacrée à l'histologie de la peau normale, elle a été rédigée par H. Rabl. — Cet article renferme 71 dessins. Outre les travaux cités dans le texte courant, il y a à la fin de l'article un index bibliographique très complet.

La deuxième livraison comprend la physiologie par Kreidl (102 pages).

Ces deux parties, très au courant des recherches les plus modernes, méritent d'être lues dans le texte, il serait difficile ici d'entrer dans les détails.

Viennent ensuite les chapitres consacrés à la thérapeutique générale des maladies de la peau, par Spiegler et Grosz ; à l'hyperhémie, à l'anémie de la peau, aux dermatites.

A. Doyon.

An introduction to dermatology, par Norman Walker, 2e édition, 1 vol. in-8° de 302 pages, avec 43 figures hors texte. Bristol, 1902, John Wright, éditeur.

L'apparition, moins de trois ans après la première édition, d'une deuxième édition du livre de N. Walker, montre bien le succès de cet ouvrage. L'auteur s'est attaché avec juste raison à lui conserver un caractère élémentaire, qui n'exclut pas l'exposé de ses idées personnelles et celui des données relatives à l'histologie pathologique des dermatoses ; il s'est astreint seulement à le mettre au courant de façon à ce qu'il reste un manuel moderne de dermatologie scientifique. Le nombre des planches a été presque doublé dans cette édition.

G. T.

NOUVELLES

Deuxième conférence pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles, 1er-6 septembre 1902. — *Statuts.* — I. — Une deuxième Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes s'ouvrira à Bruxelles, le lundi 1er septembre 1902.

II. — N'y prendront part que les membres de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale et les personnes invitées.

III. — Seront invités :

1° Les délégués des gouvernements ;

2° Les délégués des municipalités ;

3° Des médecins, des jurisconsultes, des fonctionnaires et des sociologues ayant une compétence spéciale dans les questions d'hygiène et d'administration relatives à la prostitution et aux maladies vénériennes.

IV. — Les questions inscrites au programme officiel seront seules soumises à la discussion.

V. — Les langues officielles sont : le français, l'allemand, l'anglais et l'italien.

VI. — Pour la mise au point de chaque question du programme, il y aura deux ou trois rapporteurs.

VII. — Les comptes rendus des travaux de la Conférence seront publiés dans un volume spécial, par les soins du Comité.

VIII. — La durée de la Conférence sera de six jours, du 1er au 6 septembre.

IX. — Les adhésions et les demandes de renseignements seront adressées à M. le Dr Dubois-Havenith, secrétaire général, rue du Gouvernement-Provisoire, 19, à Bruxelles.

X. — Dans la séance d'ouverture de la Conférence, le Comité fera procéder à la nomination définitive des président, vice-président et secrétaire.

Programme. — Le programme de la Conférence internationale qui s'est réunie à Bruxelles en 1899 pour étudier la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes avait pour objet :

I. — De constater, par des rapports généraux :

a. Le danger social de la syphilis ;

b. Le danger social de la blennorrhagie ;

c. La part qui revient à la prostitution dans la propagation de ces maladies ;

d. La part qui revient, en dehors de la prostitution, aux autres modes de dissémination.

II. — De rechercher, par des enquêtes faites dans les différents pays, l'état de la prostitution, le degré de fréquence des maladies vénériennes, les moyens prophylactiques auxquels on a recours pour en diminuer la propagation et en atténuer les ravages ; l'état des législations : dispositions légales et réglementaires, préventives ou répressives ; mesures d'assistance médicale et de surveillance policière ; hospitalisation ; enseignement, etc.

III. — De délibérer sur les six questions ci-après :

Ire QUESTION. — Les systèmes de réglementation actuellement en vigueur ont-ils eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes ?

II[e] QUESTION. — L'organisation de la surveillance médicale de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration ?

III[e] QUESTION. — Si l'on se place à un point de vue exclusivement médical, y a-t-il avantage à maintenir les maisons de tolérance ou vaut-il mieux les supprimer ?

IV[e] QUESTION. — L'organisation administrative de la surveillance policière de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration ?

V[e] QUESTION. — Par quelles mesures légales pourrait-on arriver à diminuer le nombre des femmes qui cherchent dans la prostitution leurs moyens d'existence ?

VI[e] QUESTION. — Abstraction faite de tout ce qui touche à la prostitution, quelles mesures générales y aurait-il lieu de prendre pour lutter efficacement contre la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes ?

On peut affirmer que le *danger social des maladies vénériennes* a été démontré par la Conférence avec une évidence telle, que tout rapport ou tout débat nouveau à ce sujet serait superflu.

Quant aux *enquêtes* faites dans les différents pays, elles ont fourni d'innombrables renseignements qui, dans leur ensemble, paraissent établir la propagation croissante des maladies vénériennes. Les statistiques sur lesquelles elles s'appuient sont toutefois fort incomplètes et souvent peu probantes. Aussi, cette insuffisance justifie-t-elle pleinement le vœu qui a été adopté par la Conférence, de voir dresser la statistique des maladies vénériennes sur des bases uniformes pour tous les pays.

Quels que soient d'ailleurs le degré d'extension du fléau et le succès très variable des efforts accomplis par les pouvoirs plubics dans les différents États pour en diminuer les ravages, le problème des remèdes à proposer — problème dont les termes essentiels ont été formulés dans les six questions que nous venons de reproduire — reste debout dans toute sa complexité.

Les travaux de la première Conférence ont entouré ces six questions de nombreux éléments de solution ; ils ont fait la lumière sur plusieurs points du plus haut intérêt ; ainsi il a été généralement admis :

1° Que l'intervention des pouvoirs publics comme réglementation de la prostitution, telle qu'elle s'est pratiquée, n'a pas donné de résultats d'une efficacité certaine ou du moins suffisante ;

2° Que la prostitution des filles mineures est la plus dangereuse et doit être l'objet des mesures les plus radicales ;

3° Que l'organisation de l'enseignement de la vénéréologie dans les universités réclame des réformes ;

4° Qu'en dehors de la prostitution, l'action des pouvoirs publics pourrait utilement s'exercer par la vulgarisation des notions relatives aux dangers individuels et sociaux de la syphilis ;

5° Qu'il y a lieu d'établir la statistique des maladies vénériennes sur des bases uniformes pour tous les pays.

Partant des données qui précèdent, le Comité permanent de la Société

internationale de prophylaxie sanitaire et morale présente pour la II[e] Conférence le programme suivant :

I.— Prophylaxie publique.—Attendu, d'une part, que les pouvoirs publics ont le devoir de défendre la société contre la propagation des maladies transmissibles qui, par leur fréquence ou la facilité avec laquelle elles se répandent, offrent un danger public, et, d'autre part, qu'en dehors même du point de vue sanitaire, ils ont la mission de protéger les mineurs abandonnés de leur famille;

A. — Quelles sont les mesures de prophylaxie publique à prendre, sous forme de dispositions légales, contre les maladies vénériennes, notamment en ce qui concerne les points suivants :

Relativement a la prostitution :

1° La prostitution des mineures ;

2° L'action des pouvoirs publics soit dans l'intérêt de la moralité et de la tranquillité publiques, soit au point de vue sanitaire ;

3° Les proxénètes et les souteneurs.

En dehors de la prostitution :

1° La protection des mineurs des deux sexes ;

2° L'organisation des secours dus par l'assistance publique aux vénériens ; — les devoirs des institutions de secours mutuels envers les vénériens ;

3° L'allaitement par les nourrices ; — la contagion par les sages-femmes et les gardes-couches ; — la vaccination de bras à bras ; — la contagion dans les usines, fabriques, ateliers, etc., par l'intermédiaire des instruments de travail ; — les bureaux de placement ; — la police des hôtels, lieux de logement, etc.

B. — Y a-t-il lieu d'appliquer les principes de la responsabilité civile et pénale à la transmission des maladies vénériennes ?

II. — Prophylaxie individuelle. — Considérant que, si les pouvoirs publics ont à prendre des mesures de prophylaxie contre les maladies vénériennes, le devoir de se préserver incombe avant tout aux individus eux-mêmes, aux individus *sains* en évitant tout contact dangereux avec une personne ou un objet contaminés, aux individus *malades* en évitant ce qui, de leur part, peut contaminer les autres ;

1° Quels sont les moyens de vulgarisation auxquels il convient d'avoir recours pour éclairer la jeunesse et le public en général sur les dangers individuels et sociaux de la syphilis et de la blennorrhagie, ainsi que sur les modes de contagion directe ou indirecte de ces deux maladies ?

2° De quelle manière pourrait-on le mieux faciliter la prophylaxie individuelle à l'aide d'institutions hospitalières (dispensaires, refuges, etc.) et de services médicaux destinés aux personnes des deux sexes atteintes de syphilis ou de blennorrhagie ?

III. — Statistique.— Quelles sont les bases uniformes sur lesquelles il y a lieu d'établir la statistique des maladies vénériennes pour tous les pays ?

IV. — Communications personnelles. — Conformément à la décision prise par la I[re] Conférence, des communications personnelles pourront être présentées, avec l'assentiment du Comité, sur des points non prévus au Programme. — Une séance spéciale y sera consacrée.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

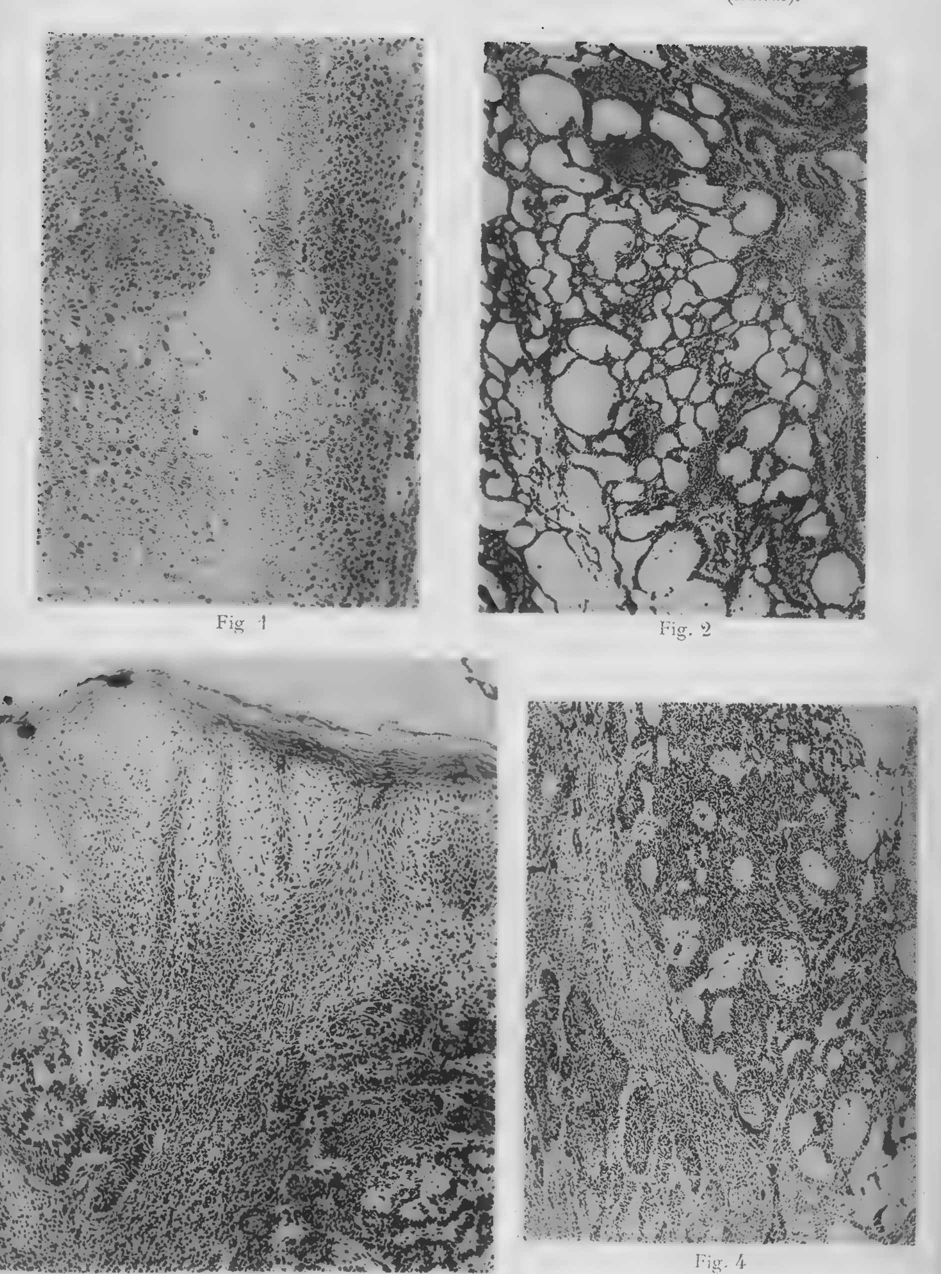


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Masson & Cie, Éditeurs

Berthaud. — Paris

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉPITHÉLIOMES BÉNINS MULTIPLES DU CUIR CHEVELU

Par les Drs **W. Dubreuilh** et **B. Auché**.

On trouve dans la littérature médicale une douzaine d'observations d'une variété très singulière de tumeurs de la peau qui affectent particulièrement le cuir chevelu. Ces tumeurs, toujours multiples, souvent très nombreuses et assez volumineuses, couvrent la tête qui a l'air d'être chargée de tomates; elles sont indolentes, et malgré leur nombre et leur durée elles restent bénignes et n'ont aucune influence sur l'état général. L'aspect bizarre des malades dans les cas un peu avancés fait qu'ils ne sauraient passer inaperçus et laisse supposer que le petit nombre des cas publiés correspond à une rareté très réelle de la maladie. Chez la malade que nous avons observée les tumeurs n'étaient apparues que depuis trois ans. Elles étaient petites et peu nombreuses. Nous avons pu les exciser et en faire l'étude microscopique complète, et les recherches que nous avons faites à cette occasion nous ont montré que leur nature a été interprétée de façons très diverses par les auteurs qui s'en sont occupés. Les observations cliniques sont parfaitement concordantes, les descriptions histologiques le sont aussi; mais il n'en est pas de même des conclusions que les auteurs en ont tirées. Bérard et Barlow considèrent qu'il s'agit d'épithéliomas d'origine sébacée; Mulert, Seitz et Spiegler en font des endothéliomes ; plusieurs auteurs les qualifient de cylindromes sans donner de ce terme une définition suffisamment claire. Les examens microscopiques les plus complets, les seuls qui donnent une idée nette de la tumeur, sont ceux de Barlow, de Mulert et de Spiegler (1).

Il y a entre toutes les observations publiées sous les noms divers une parfaite identité clinique. Il y a également une parfaite ressemblance histologique, malgré la diversité des interprétations.

(1) MM. Barlow et Spiegler ont eu l'obligeance de nous communiquer leurs préparations, ce qui nous a permis de nous convaincre de leur parfaite ressemblance avec les nôtres. Enfin nous avons communiqué nos préparations à M. Audry qui avait étudié le cas de Poncet, et nous a confirmé son identité. Nous leur en adressons ici nos plus sincères remercîments, il nous ferons remarquer qu'il serait souvent utile de faire des échanges de préparations microscopiques, bien des questions seraient par là éclaircies, et bien des dissentiments seraient expliqués.

Nous croyons donc pouvoir réunir tous ces cas au nôtre et les considérer comme des exemples d'une même maladie. Nos recherches histologiques nous ont montré qu'il s'agit d'une variété d'épithélioma qui naît des follicules pileux et des glandes sébacées, mais dont les connexions avec le point de départ restent rares et peut-être temporaires, dont les cellules ont un aspect très différent des cellules épidermiques, ce qui a fait méconnaître leur origine ; la tumeur est essentiellement bénigne, car malgré son abondance, sa longue durée, elle n'infecte pas les lymphatiques et ne se généralise pas, et il est permis à ce sujet de remarquer combien est fausse l'opinion ancienne d'après laquelle les épithéliomas sont d'autant plus malins que leurs cellules se rapprochent plus du type embryonnaire. En ce qui concerne la peau, on pourrait à peu près renverser la proposition, car le type épidermique, très bien conservé dans le cancroïde de la lèvre inférieure et le cancer lingual, diminue beaucoup dans l'ulcus rodens et se perd tout à fait dans les tumeurs que nous étudions aujourd'hui. On pourrait presque dire que les épithéliomas de la peau sont d'autant plus bénins que leurs cellules sont plus métatypiques, plus déviées du type épidermique originel.

Nous donnons d'abord notre observation, puis un résumé des diverses observations publiées, enfin une description d'ensemble histologique et clinique.

Observation I. — Mme A..., âgée de 27 ans, se présente à la Clinique dermatologique en avril 1901 pour des petites tumeurs du cuir chevelu qui se sont montrées il y a 3 ans.

Elle s'est mariée en 1893 et a eu trois grossesses. Les deux premières se sont terminées à 2 ou 3 mois par un avortement sans cause connue. Rien me permet d'attribuer ces avortements à la syphilis, car elle n'a jamais eu d'éruption cutanée ni de lésion des muqueuses. Sa troisième grossesse s'est terminée par la naissance d'un enfant qui a maintenant 5 ans et s'est toujours bien porté.

Trois ou quatre mois après la naissance de ce dernier enfant, elle a remarqué au-dessus de l'oreille droite une petite tumeur du volume d'un pois; elle a lentement grossi pendant que d'autres tumeurs analogues se sont montrées. Elles n'ont jamais été douloureuses, mais paraissent s'être accompagnées au début d'une légère démangeaison.

La tumeur la plus grosse et la plus ancienne siège juste au-dessus de l'oreille droite; elle est arrondie, large de un centimètre et fait une saillie de 5 millimètres. Sa surface est lisse, vaguement bosselée, recouverte d'un épiderme mince, se laissant finement plisser et parcouru par quelques veinules. La tumeur fait corps avec la peau, mais est mobile sur les parties profondes; sa consistance n'est pas dure, mais ferme, donnant l'impression d'un kyste modérément tendu et vaguement fluctuant; sa couleur est d'un rose un peu jaunâtre, un peu plus jaune au niveau des bosselures.

Sur la partie droite de l'occipital se trouve une autre tumeur du volume

d'un demi-pois, hémisphérique, d'un rouge jaunâtre, molle, recouverte d'un épiderme mince et tendu, parcouru par quelques veinules. On voit naître à la surface de la tumeur deux ou trois cheveux normaux, et l'on y voit en outre les orifices de plusieurs follicules atrophiés et déshabités.

Au sommet de la tête, près du lambda, se trouve une tumeur d'un centimètre de large, assez molle, saillante, aplatie par la pression et presque pédiculée, glabre, sauf un cheveu fort qui naît en son milieu.

Un peu plus bas, presque sur la ligne médiane de l'occipital est une petite tumeur lenticulaire, molle, rougeâtre, très peu saillante, couverte de cheveux en nombre normal.

Dans le voisinage est une quatrième tumeur un peu plus grosse et un peu plus saillante. Enfin juste au-dessous est une cinquième tumeur très petite, du volume d'un grain de chènevis, à peine saillante et se présentant comme une petite tache rougeâtre et à la palpation comme un petit nodule ferme.

Le reste du cuir chevelu est normal, sauf un peu de séborrhée sèche. Chevelure abondante châtain foncé. La peau de la face est normale, sauf un léger chloasma autour de la bouche.

Quelques nævi pigmentés, saillants ou non, sont disséminés sur la face, les poignets, l'éminence thénar gauche, la racine de l'éminence hypothénar, la pulpe du petit doigt gauche, quelques nævi sur le corps.

Toutes ces tumeurs sont parfaitement indolentes.

La malade raconte que son père est atteint comme elle, mais nous n'avons pas pu le voir.

Les tumeurs sont toutes excisées et fixées par divers réactifs. Réunion par première intention.

Obs. II (Poncet et Bérard) (1). — Un cultivateur prend la fièvre typhoïde à 20 ans; un an après il remarque deux petites tumeurs sur le front et depuis lors elles se sont constamment multipliées, envahissant non seulement le cuir chevelu, mais aussi le tronc et les membres. A diverses époques il s'est fait extirper quelques tumeurs qui étaient devenues douloureuses ou gênantes. En 1888, étant âgé de 53 ans, il vient consulter Poncet. Les tumeurs, très nombreuses, sont disséminées sur le dos, la poitrine, la face et le cuir chevelu. Dans cette dernière région on en compte plus de 60; elles recouvrent tout le sommet de la tête et s'y compriment réciproquement; les plus grosses ont le volume d'un œuf, mais leur forme irrégulière et bosselée les fait ressembler à des pommes de terre. Quelques-unes présentent des ulcérations couvertes de croûtes mélicériques, les mêmes croûtes se retrouvent dans les plis qui les séparent; l'ensemble répand une odeur fade et fétide de fermentation épithéliale et graisseuse. La couleur des tumeurs est d'un rose violacé parsemé de quelques lignes cicatricielles blanchâtres.

La consistance est molle, sans fluctuation; la peau, mobile sur le bord

(1) A. Poncet. Note sur une variété de tumeurs confluentes du cuir chevelu. *Revue de chirurgie*, 1890, p. 244.

L. Bérard. Note sur deux cas d'épithéliome sébacé primitif. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 664.

des tumeurs, est adhérente au milieu; elles sont mobiles sur les parties profondes. Entre les tumeurs sortent quelques bouquets de cheveux. Les ganglions cervicaux sont durs et douloureux, mais cette adénopathie paraît due à de l'inflammation banale. Il n'y a aucune altération de l'état général. Poncet extirpa 7 tumeurs des plus volumineuses dans le dos et derrière l'oreille gauche.

Six ans après, le malade revient dans le service de Poncet, les tumeurs extirpées n'avaient pas récidivé, mais d'autres étaient apparues et les anciennes avaient grossi, quelques-unes atteignaient le volume d'une mandarine. Poncet prit le parti de les enlever à la curette : la guérison ne s'en fit pas moins bien et avec beaucoup moins de délabrements.

Les tumeurs enlevées présentaient à la coupe une teinte grisâtre granuleuse et fournissaient à la pression des grains blancs comme de la semoule.

Les tumeurs ont été examinées par Bard, Audry et Bérard. Bard et Bérard admettent qu'il s'agit d'épithéliomes sébacés, mais n'en fournissent pas de preuve convaincante, d'autant plus qu'Audry n'a pu trouver aucune connexion avec ces glandes. En laissant de côté l'interprétation qui en est donnée, la description se rapproche fort de ce que nous avons trouvé dans notre cas, et nous avons soumis nos préparations à M. Ch. Audry qui croit pouvoir les identifier avec le cas de Poncet qu'il a étudié autrefois.

Quant au second cas de Bérard, il n'est en rien comparable aux faits qui nous occupent. Il s'agit évidemment d'un épithélioma végétant et malin développé dans une loupe du cuir chevelu.

Obs. III (Nasse) (1). — Une femme de 56 ans a remarqué les premières tumeurs depuis 17 ans. Actuellement le cuir chevelu est couvert de tumeurs de tout volume faisant corps avec la peau, mobiles sur les parties profondes. Les plus grosses sont lobulées, sessiles ou pédiculées. Leur surface est glabre, mais dans leurs intervalles les cheveux sont très abondants. On trouve en outre un grand nombre de petits nodules disséminés sur le front, le cou, la nuque et particulièrement derrière les oreilles.

Obs. IV (Barrett et Webster) (2). — La malade est une femme de 60 ans qui a vu apparaître les premières tumeurs à 23 ans, après la naissance de son cinquième enfant.

Parfois quelques tumeurs disparaissaient pour être promptement remplacées par d'autres, mais en somme elles ont augmenté de nombre et de volume au point de couvrir le cuir chevelu. Leur volume varie depuis un nodule sous-cutané à peine perceptible jusqu'à des tumeurs pédiculées d'un pouce et demi de large. Leur forme lobulée et leur couleur les fait ressembler à des tomates et elles forment comme une couronne sur le front. Sur les petites tumeurs la peau ne présente aucune modification ; sur les plus grosses elle est amincie, rouge et parcourue par des vaisseaux

(1) Nasse. Fall von multiplen Hautgeschwülsten des Kopfes. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, p. 1080.

(2) Barrett et Webster. Multiple sudoriparous adenomata occurring on the scalp and face in three members of the same family. *British medical Journal*, 1892, I, 272.

dilatés. Elles sont indolentes ; cependant leur apparition est parfois précédée d'une sensation de cuisson. Pendant une attaque de grippe les tumeurs ont grossi et plusieurs se sont ulcérées ; deux d'entre elles ont récidivé après excision.

Deux des filles de la malade ont été atteintes de tumeurs analogues vers la dix-septième année. L'une d'elles, observée par B. et W., était âgée de 26 ans et portait des tumeurs sur le cuir chevelu, la poitrine et l'épaule.

Obs. V (Koulnieff) (1). — Une femme de 40 ans a remarqué il y a 11 ans une première nodosité à la tempe gauche. Les tumeurs se sont multipliées, lentement au début, puis plus vite après une attaque de diphtérie, en même temps les cheveux ont commencé à tomber. Depuis 6 ans les tumeurs se sont montrées sur la face, la partie supérieure du dos et la poitrine.

Le cuir chevelu et le front sont couverts de tumeurs de tout volume. Les plus grosses ont le volume du poing et sont d'un rouge vineux; elles n'ont aucune tendance à l'ulcération. Dans le dos elles sont à peine saillantes.

Les tumeurs sont formées d'alvéoles remplis de cellules et séparés par des cloisons conjonctives d'aspect vitreux. Au centre des alvéoles les cellules ont subi la dégénérescence vitreuse ainsi que leurs noyaux et se présentent sous forme d'espaces arrondis intercellulaires. Les vaisseaux sont rares et ont subi la dégénérescence hyaline.

Obs. VI (Barlow) (2). — Un homme de 60 ans, porte depuis 6 ans une trentaine de petites tumeurs disséminées sur le cuir chevelu, variant du volume d'une lentille à la moitié d'une noix et qu'à première vue on aurait pu prendre pour des loupes. La plupart des tumeurs et notamment les plus petites sont d'un blanc jaunâtre, lisses, dures, mobiles avec la peau. Les plus grosses sont mamelonnées, déprimées au centre, dures avec des dilatations veineuses à leur surface ; on y trouve quelques poils follets. Les tumeurs sont indolentes à la pression.

La néoplasie paraît formée de petites cellules épithélioïdes disposées en boyaux contournés donnant l'impression des tubes sudoripares. Ailleurs elles entourent des cavités arrondies remplies d'une substance hyaline ; cette substance paraît formée aux dépens des cellules, car elle se confond graduellement avec le revêtement cellulaire par une zone de cellules plus ou moins altérées. Le contenu hyalin de ces kystes paraît formé quelquefois aux dépens de la membrane adventice d'un vaisseau sanguin qui a subi une transformation hyaline et celle-ci s'est propagée aux cellules épithélioïdes voisines. Parfois aussi le stroma paraît avoir subi la même dégénérescence. Dans la tumeur principale on ne trouve pas de relation de la néoplasie avec l'épiderme ; ces relations ne s'observent que dans de petites tumeurs microscopiques qui se trouvent dans la peau enlevée en même temps que la tumeur principale. Dans une pièce on trouve que le conduit excréteur d'une glande sébacée aboutit à une petite masse offrant exacte-

(1) Koulnieff. Cylindrome multiple de la peau. *Soc. russe de syphiligraphie et de dermatologie*, 17 décembre 1894. *Annales de dermatologie*, 1895, p. 242.

(2) Barlow. Ueber Adenomata sebacea. *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1895, t. 55.

ment la même structure que la tumeur principale. Dans une autre se trouve un follicule, flanqué d'une part d'une glande sébacée normale, d'autre part d'une glande dégénérée dans le même sens. Le stroma est formé de tissu conjonctif riche en cellules et notamment en Mastzellen. Il s'agit d'un adénome sébacé avec transformation hyaline partielle des vaisseaux, du tissu conjonctif et des cellules épithéliales.

Obs. VII (Rafin) (1). — Homme de 42 ans, cultivateur, les premières tumeurs sont apparues au scrotum à l'âge de 12 ans ; depuis 10 ans, des tumeurs analogues se sont montrées au cuir chevelu et se sont multipliées constamment. On en trouve également sur le dos, le sternum, la face externe de l'avant-bras gauche, la face, l'aine droite et le scrotum. Les tumeurs du cuir chevelu adhèrent à la peau qui est rosée, amincie et parcourue de vaisseaux dilatés, elles ont une consistance ferme sans être dure. Il n'y a pas de ganglions.

La mère du malade porte à la tête des tumeurs analogues. L'examen microscopique a montré un épithélioma pavimenteux tubulé d'aspect glandulaire sans que rien permette de l'attribuer aux glandes sébacées plutôt qu'aux glandes sudoripares.

Obs. VIII (Mulert) (2). — Femme de 58 ans. En 1880, fièvre typhoïde grave ; pendant la convalescence, alopécie complète et apparition de la première tumeur sur le côté droit de la tête. Cette tumeur grossit lentement, offrant la forme d'un champignon lobulé et s'ulcérant de temps en temps. Depuis 4 ou 5 ans un grand nombre d'autres tumeurs sont apparues. En 1896, on trouve sur le cuir chevelu 60 à 70 tumeurs du volume d'un pois à celui d'une pomme, sessiles, sillonnées de vaisseaux dilatés ; leur surface est glabre, mais il persiste des cheveux dans leurs intervalles ; elles sont adhérentes à la peau mais mobiles sur le crâne ; leur consistance est celle d'un fibrome modérément dur ; les plus grosses tumeurs présentent quelques ulcérations dues à l'ouverture de kystes superficiels. Excision de 7 des plus grosses tumeurs. En 1897, les cicatrices de l'année dernière sont saines; les tumeurs restantes n'ont pas beaucoup grossi, mais il en est apparu de nouvelles et l'on en compte 84 sur le cuir chevelu.

Le néoplasme présente une structure générale alvéolaire. Il est séparé de l'épiderme par une mince bande conjonctive. Les follicules, les glandes sébacées et sudoripares, les vaisseaux sanguins et les nerfs sont normaux autour de la tumeur et même entre les alvéoles.

La plupart des alvéoles sont entourés d'une bande hyaline qui envoie parfois des prolongements pédiculés dans leur cavité. Ces prolongements, décapités par la coupe, peuvent simuler des îlots. Il y a en outre dans beaucoup d'alvéoles des boyaux de substance hyaline canaliculés ou même contenant quelques globules sanguins. Les cellules qui forment les amas sont étroitement unies au stroma qui envoie entre elles de petits prolongements.

(1) Rafin. Tumeurs sébacées multiples. *Soc. des sciences médicales de Lyon*, mars 1896. *Lyon médical*, 1896, p. 15.

(2) D. Mulert. Ein Fall von multiplen Endotheliomen der Kopfhaut, zugleich ein Beitrag zur Endotheliomenfrage. *Thèse de Rostock*, 1897.

Les cellules néoplasiques ont un gros noyau ovale et peu de protoplasma; celles de la périphérie sont allongées et disposées en palissade; leurs noyaux se colorent fortement. Dans l'intérieur de l'alvéole la coloration est généralement moins vive et du reste variable. On y trouve des îlots hyalins entourés d'une rangée de cellules en palissade.

On trouve parfois dans les alvéoles des lacunes arrondies entourées d'une ou plusieurs couches de cellules à protoplasma abondant; les plus intérieures sont aplaties, les autres irrégulières et peu différentes de celles qui remplissent l'alvéole dont elles sont pourtant séparées par une couronne de cellules en palissade. Ces lacunes paraissent être des vaisseaux sanguins à endothélium proliféré. Il y a parfois des amas de cellules à disposition concentrique.

Entre les cellules néoplasiques on trouve à un fort grossissement un réseau hyalin qui est en relation avec le stroma.

Mulert admet que la tumeur est formée par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux sanguins peuvent subir la dégénérescence hyaline, mais ne prennent qu'une part accessoire à la constitution de la tumeur.

Obs. IX (Seitz) (1). — Femme de 51 ans. Eczéma du cuir chevelu pendant toute l'enfance; début des tumeurs à 20 ans; pendant 10 ans elles apparaissent et disparaissent alternativement tous les ans; depuis l'âge de 30 ans elles n'ont plus disparu et ont progressivement grandi. Le cuir chevelu porte 20 à 25 tumeurs du volume d'un pois à une noix, indolentes, sessiles, mobiles sur les plans profonds, de consistance molle comme un kyste sébacé; les plus petites sont pâles, les plus grosses sont rougeâtres et bosselées. Excision de 24 tumeurs en deux séances.

La surface de section des tumeurs est lisse, brillante; on y distingue un réseau fibreux et des vaisseaux nombreux.

Le néoplasme est formé d'un stroma conjonctif assez abondant entourant des alvéoles remplis de cellules allongées ovales ou fusiformes, parfois cylindriques avec un noyau arrondi, vésiculeux; les cellules périphériques sont disposées en palissade; les cellules intérieures sont irrégulières ou fusiformes. Au centre de quelques amas cellulaires se trouvent une ou plusieurs cavités, autour desquelles les cellules sont régulièrement groupées.

Tous les amas cellulaires sont entourés et séparés du stroma par une bordure hyaline homogène.

La tumeur a pour point de départ l'endothélium d'un vaisseau dont on retrouve la cavité dans l'amas cellulaire. Il s'agit donc d'un endothéliome; d'autre part, la dégénérescence hyaline de la zone périphérique justifie le nom de cylindrome.

Obs. X (Aitken) (2). — Femme de 43 ans. Le début remonte à 13 ans; depuis lors les tumeurs se sont multipliées et maintenant on en trouve une

(1) H. Seitz. Ein Fall multipler Cylindromen der behaarten Kopfhaut. *Thèse de Munich*, 1898.

(2) R. Aitken. Case of multiple adenomata of the skin. *British medical Journal*, 1899, I, 1533.

trentaine disséminées sur le front, le cuir chevelu et les oreilles; il y en a encore quelques très petits nodules sur le tronc. La plus grosse tumeur mesure 2 pouces de long sur 1 de large, sa surface est glabre, lisse et brillante, avec quelques vaisseaux dilatés; un grand nombre des tumeurs sont légèrement pédiculées, elles font corps avec la peau et sont mobiles sur le crâne; elles sont solides et indolentes.

Les tumeurs paraissent à l'œil nu formées de tissu fibreux. A l'examen microscopique on trouve des amas arrondis de cellules épithélioïdes séparées par un stroma conjonctif. Les cellules sont rondes ou ovales avec un gros noyau, les plus périphériques sont disposées en palissade à la périphérie.

Spiegler (1), dans un mémoire qui est le plus important publié sur la question, rapporte trois observations, passe en revue les cas publiés et reproduit les portraits de la plupart d'entre eux.

Obs. XI (Spiegler.) — Homme de 66 ans; la première tumeur se montre à 40 ans à la suite d'une plaie contuse du crâne et dans la cicatrice. On trouve actuellement sur les parties antérieures et latérales du crâne une quarantaine de tumeurs globuleuses du volume d'un pois à celui d'une orange, sessiles ou un peu pédiculées, bien distinctes parfois, ulcérées par macération sur les surfaces de contact. La région occipitale est indemne. Sur la lisière frontale du cuir chevelu existe un certain nombre de tumeurs grosses comme des pois, molles et paraissant vides comme du molluscum. Dans le dos, se trouve une tumeur bilobée, flasque et pendante, laissant sentir à la palpation des noyaux plus durs; dans le voisinage se trouvait un certain nombre de petites tumeurs grosses comme des haricots; plusieurs macules pigmentaires.

On fait l'excision de toutes les tumeurs.

Le néoplasme est formé d'amas de cellules de 4 à 8 μ, de forme irrégulière ou polygonale, et qui sont manifestement la coupe de boyaux cellulaires. Il est séparé de l'épiderme par une couche dermique normale, mais quelquefois infiltrée de petits noyaux néoplasiques qui pénètrent jusqu'au voisinage de l'épiderme. Les glandes sébacées et sudoripares sont normales, sauf que ces dernières sont enveloppées d'une forte infiltration cellulaire, comme le sont du reste les vaisseaux sanguins.

Les amas de cellules néoplasiques, surtout dans les tumeurs du dos, sont creusés de nombreuses vacuoles arrondies, remplies d'une substance homogène, amorphe, qui se colore en rose pâle par l'éosine et en jaune par l'acide picrique.

Dans les boyaux cellulaires les noyaux de la périphérie sont allongés radialement en palissade régulière, leurs noyaux se colorent fortement et elles ont l'aspect épithélioïde. La partie centrale des amas est occupée par des cellules analogues de forme irrégulière dont les noyaux se colorent tantôt bien, tantôt mal, ou pas du tout et qui sont semés dans une substance homogène, où l'on ne distingue pas de contours cellulaires.

Tous les amas cellulaires sont entourés d'un étroit liséré homogène qui

(1) E. Spiegler. Ueber Endotheliome der Haut. *Archiv für Dermatol.*, 1899, t. L, p. 163.

prend l'éosine ou l'acide picrique, et en dehors duquel on trouve souvent des amas de cellules conjonctives. Dans le stroma on trouve parfois de petits blocs d'une substance homogène analogue.

Dans les intervalles conjonctifs les plus larges, on trouve de petits îlots formés de cellules tout à fait analogues à celles qui forment les gros amas cellulaires, centrées par un capillaire sanguin dont la paroi épaissie est tapissée extérieurement d'un revêtement de cellules cubiques. Certains capillaires ont un endothélium en voie de prolifération, où certaines cellules présentent la plus grande analogie avec celles qui forment les boyaux.

Obs. XII (Spiegler). — Femme de 44 ans, la fille du malade précédent. On trouve sur le cuir chevelu une demi-douzaine de tumeurs du volume d'un haricot, molles, soulevant la peau normale mobile sur le crâne. La plupart des tumeurs remontent à un an, mais il y en a une grosse comme une noisette, siégeant sur la suture lambdoïde, qui date de 10 ans. Aucun phénomène subjectif.

Obs. XIII (Spiegler). — Femme de 44 ans. Depuis plusieurs années, le cuir chevelu est couvert de tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette, ayant les mêmes caractères que celles de la première observation. La partie supérieure du tronc présente un certain nombre de tumeurs analogues mais plus petites.

Dans ces deux cas l'examen microscopique a fourni exactement les mêmes résultats que dans le premier. Spiegler conclut qu'il s'agit d'un endothéliome interfasciculaire, mais il n'a pas pu trouver des relations certaines avec aucun vaisseau déterminé.

Hutchinson (1) a publié le portrait d'une femme de 50 ans, qui portait depuis un grand nombre d'années une série de grosses tumeurs lobulées qui couvraient une grande partie du cuir chevelu. La photographie lui avait été communiquée par J. S. Cohn, de Portland (États-Unis d'Amérique) qui a publié l'observation, mais Hutchinson n'en donne pas l'indication bibliographique et nous n'avons pas pu la trouver.

Le cas d'Ancell, qui est reproduit par Hutchinson dans son *Smaller Atlas* pl. XC et par Spiegler, ne nous paraît pas pouvoir se rattacher aux cas que nous étudions. Il s'agit de loupes multiples du cuir chevelu avec transformation de l'une d'elles en épithélioma, suivie de généralisation cutanée et viscérale, tout comme dans le second cas de Bérard, ainsi que nous l'avons remarqué plus haut.

Anatomie pathologique.

Les tumeurs présentent sur la coupe un tissu mou, blanchâtre, un peu réticulé et la pression ou le raclage en font sortir des grains blancs ressemblant à de la semoule et qui ne sont autre chose que les amas cellulaires énucléés de leurs alvéoles. Il ne faut pas confondre ces grains blancs avec les vermiothes que l'on peut exprimer

(1) Jon. Hutchinson. *Smaller Atlas of illustrations of clinical surgery*, pl. CXX.

des épithéliomas kératosiques et qui ne sont pas autre chose que des globes cornés.

Notre étude histologique a porté sur toutes les tumeurs excisées dont plusieurs (les plus petites) ont été entièrement débitées en une série de coupes.

Ces tumeurs n'ont pas en général de membrane d'enveloppe; elles sont comme plongées au milieu du tissu conjonctif du derme et de la portion superficielle de l'hypoderme. En quelques points

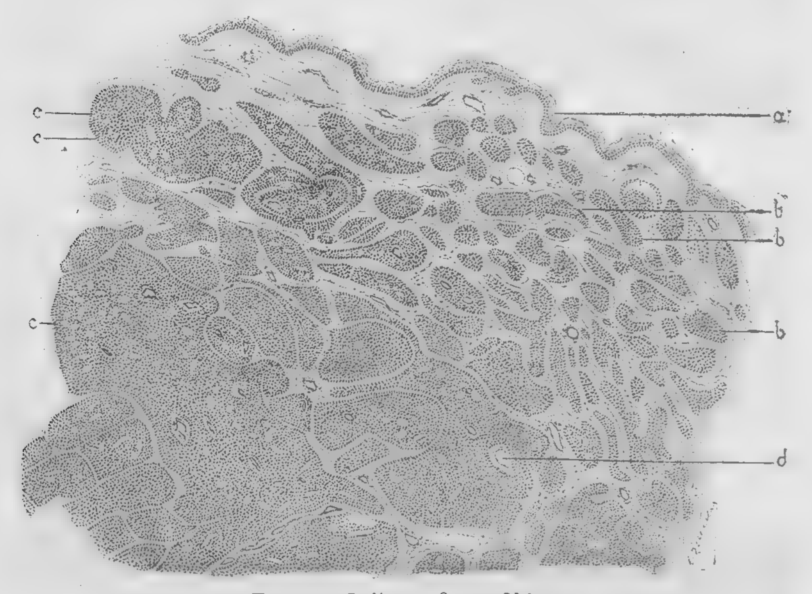


Fig. 1. — Leitz. = Oc. 3. Obj. 2.

Coupe d'une portion de la plus grosse tumeur, montrant la disposition générale du néoplasme. Dans cette préparation il n'existe pas de connexion entre les masses alvéolaires et l'épiderme. — *a.* Epiderme ayant perdu la disposition papillaire dans la moitié gauche de la préparation. — *b*, *b*, *b*. Amas alvéolaires sans blocs hyalins. — *c*, *c*, *c*. Amas alvéolaires continuant des blocs hyalins en nombre variable. — *d*. Vaisseau sanguin intra-alvéolaire séparé des cellules néoplasiques par une zone de tissu conjonctif et une bandelette hyaline.

cependant, les faisceaux conjonctifs refoulés se tassent et forment une sorte de limite aux néoplasmes.

Leur structure est essentiellement alvéolaire (fig. 1). Le volume des alvéoles est très variable. Les plus petits mesurent à peine 50 à 60 μ de diamètre; les plus grands sont facilement visibles à l'œil nu et atteignent un millimètre de diamètre et même davantage. Leur forme, souvent arrondie, est d'autres fois ovalaire, polygonale, allongée, en trêfle, en fer à cheval ou plus irrégulière encore.

Ils sont presque toujours limités par une bandelette épaisse

de 4 à 15 ou 20 μ et formée par une substance homogène, hyaline, colorée en rose foncé par l'hématéine-éosine, en rouge par le Van Gieson (fig. 2). Parfois, dans cette substance, on trouve quelques stries filiformes parallèles à la circonférence de l'alvéole et même, mais beaucoup plus rarement, une cellule fusiforme très allongée et dirigée dans le même sens. Les deux bords de la bandelette hyaline sont généralement à peu près parallèles. Le bord interne est limité par un liséré très fin, filiforme, coloré en rose plus foncé que la ban-

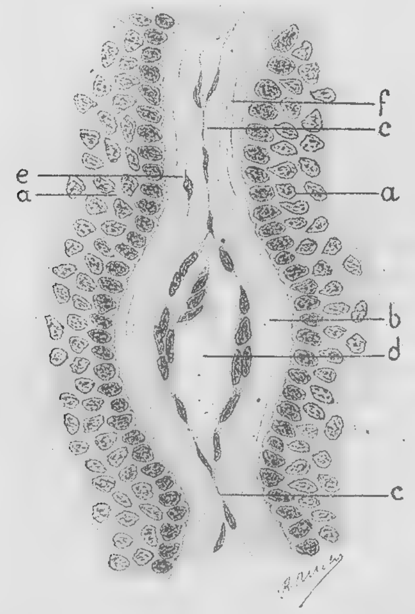


FIG. 2. — Zeiss. = Oc. 12. Obj. imm. homog.

a, *a*. Partie périphérique de deux alvéoles épithéliomateux. — *b*. Bandelette hyaline péri-alvéolaire présentant des stries en un point (*f*) et renfermant dans son épaisseur une cellule fusiforme très allongée (*e*). — *c*, *c*. Liséré formé par le protoplasma de cellules très plates situées bout à bout et séparant deux bandelettes hyalines contiguës. — *d*. Lacune lymphatique dilatée, tapissée et en partie remplie par des cellules endothéliales hyperplasiées et hypertrophiées.

delette, et formé par la base d'implantation de la rangée la plus externe des cellules intra-alvéolaires. Sur le bord externe existe presque toujours un liséré analogue constitué par le protoplasma lamelliforme des cellules endothéliales plates appliquées contre lui. Dans les plus petites tumeurs, par conséquent dans les stades du début du néoplasme, beaucoup d'alvéoles n'ont pas d'anneau hyalin. Leur paroi est formée par des fibres conjonctives refoulées et tassées les unes contre les autres avec, par ci, par là, quelques cellules

fixes très aplaties. Parfois enfin le même alvéole possède une paroi, hyaline sur un point, fibreuse sur un autre. La transition d'un état à l'autre se fait progressivement et peut être facilement suivie. La bandelette hyaline est donc le résultat de la dégénérescence hyaline du tissu conjonctif péri-alvéolaire.

Le contenu des alvéoles ne se présente pas toujours sous le même aspect. Les cellules qui forment la couche la plus externe de l'îlot, en général mal limitées, sont petites et ne dépassent guère 10 à 15 μ de diamètre. Leur forme, le plus souvent irrégulièrement cubique, est d'autres fois cylindro-cubique, triangulaire ou même presque arrondie. Leur protoplasma, très peu abondant, est clair, peu granuleux et faiblement coloré. Leur noyau est relativement volumineux, arrondi ou légèrement ovalaire. Il est riche en chromatine, fortement coloré et nettement nucléolé. Leur manchon protoplasmique étant très mince, ils se trouvent très rapprochés. En dedans de cette assise périphérique, les cellules deviennent plus irrégulières, polygonales par pression réciproque. Elles sont encore petites et mal limitées; leur manchon protoplasmique est très mince et leur noyau, ovalaire ou irrégulier, est toujours fortement coloré. Enfin vers la partie centrale de l'alvéole, les cellules, moins tassées, sont un peu plus volumineuses et un peu mieux limitées. Leur forme est des plus variables; leur noyau est moins fortement coloré; leur protoplasma plus abondant est plus granuleux, plus opaque et plus coloré. Quelquefois il est réticulé et lorsque plusieurs cellules voisines présentent cet état, il en résulte une zone très claire formée d'une sorte de fin réticulum dans lequel sont emprisonnés les noyaux.

Dans un assez grand nombre d'alvéoles, les cellules de la périphérie revêtent un aspect différent. Intimement appliquées contre la paroi alvéolaire, elles sont cubiques ou légèrement aplaties, quelquefois irrégulièrement arrondies. Elles sont très petites et formées par un liséré protoplasmique très fin, très clair, fort peu coloré et par un noyau rond ou lancéolé, relativement volumineux, coloré d'une façon uniforme et beaucoup plus intense que précédemment. Toute structure, y compris le nucléole, disparaît dans les noyaux ainsi colorés. Parfois cette assise cellulaire est constituée par des petites cellules plates, allongées parallèlement à la paroi, pourvues d'un noyau ovalaire ou lancéolé, extrêmement coloré. On a l'impression d'une paroi conjonctive, tapissée par des cellules endothéliales, hyperplasiées et hypertrophiées. Dans quelques endroits, ces noyaux allongés sont implantés obliquement sur la paroi, imbriqués, extrêmement rapprochés et situés au milieu d'une faible quantité de substance protoplasmique sans limites cellulaires. En dedans de cette couche périphérique existent parfois, irrégulièrement disposées, des

cellules de mêmes dimensions, mais plus arrondies, ressemblant tout à fait à des petits lymphocytes. Ces dernières peuvent aussi être rencontrées dans des régions plus centrales, mélangées aux autres cellules ou disposées en petits îlots.

En dedans de cette rangée de petites cellules on trouve des éléments identiques à ceux décrits plus haut. Entre eux il n'y a pas de ligne bien nette de démarcation. D'autres fois, immédiatement en dedans de cette assise cellulaire périphérique, les cellules de l'alvéole sont aplaties et allongées parallèlement à la paroi alvéolaire ; elles semblent reposer simplement sur la couche cellulaire externe. Enfin

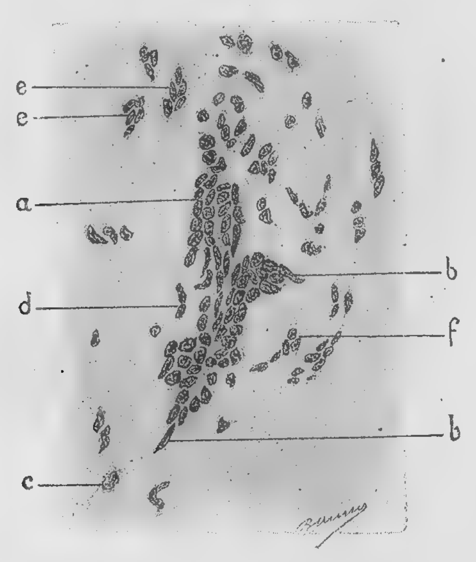


Fig. 3. — Leitz. = Oc. 3. Obj. imm. homog.

a. Amas cellulaire néoplasique, à contours irréguliers, dépourvu de bandelette périphérique hyaline ou fibro-hyaline. — *b*, *b*. Pointes d'accroissement allant s'anastomoser avec des cellules isolées (*c*), ou de petits îlots cellulaires (*d*). — *e*, *e*. Ilots cellulaires néoplasiques complètement séparés de l'amas principal. — *f*. Ilot cellulaire réuni à l'amas principal par un mince prolongement protoplasmique.

dans quelques alvéoles, il existe entre la couche cellulaire périphérique et le bloc cellulaire central un espace fissuraire plus ou moins long et plus ou moins large, si bien qu'il semble que les deux ordres de cellules soient étrangers l'un à l'autre : les uns appartiendraient à la paroi ; les autres constitueraient les éléments alvéolaires ou néoplasiques proprement dits.

Tous les alvéoles ne sont pas aussi nettement limités que nous venons de le dire. Ainsi dans nos tumeurs, surtout dans les plus petites, celles qui, par conséquent, en sont encore à leur début, on

trouve des amas cellulaires petits, de forme irrégulière, à bords très tourmentés, émettant des pointes plus ou moins aiguës et plus ou moins longues et dépourvus de bandelette hyaline périphérique. Les cellules qui les constituent n'ont pas de limites ; il s'agit d'un amas de noyaux de forme variable, ronde, allongée, irrégulière, très fortement et uniformément colorés, très serrés les uns contre les autres et situés au sein d'une nappe protoplasmique relativement peu abondante (fig. 3). Au niveau des pointes, la dernière cellule est allongée, anguleuse, son prolongement protoplasmique peut parfois être suivi dans une cellule voisine ou un petit îlot cellulaire. Autour de ce gros amas gravitent, en effet, plusieurs petits îlots très irréguliers de forme, constitués par 4, 6, 8 noyaux situés dans une masse protoplasmique uniforme. Quelquefois réunis à l'amas principal par un même prolongement protoplasmique, ils en sont séparés d'autres fois par un filament conjonctif très ténu ou par un tractus fibreux plus épais. Un peu plus loin, entre les fibres et les faisceaux conjonctifs on trouve des groupes de 3, 4, 5 cellules identiques aux précédentes et anastomosés parfois entre eux ou avec des cellules isolées par l'intermédiaire de leurs prolongements protoplasmiques.

D'autres fois un alvéole, assez bien limité sur une grande partie de sa circonférence, se continue, dans un autre point, par des traînées cellulaires qui s'infiltrent dans un tissu conjonctif qui a perdu en grande partie son aspect fibrillaire ou fasciculé normal, et s'est transformé en un tissu presque homogène, présentant déjà les caractères de la dégénérescence hyaline. Petit à petit, ces traînées cellulaires se rapetissent et se raréfient en même temps que le tissu conjonctif reprend son aspect presque normal (fig. 4). Finalement on ne trouve plus que de petits amas de deux ou trois cellules ou même des cellules isolées et hypertrophiées, infiltrées au milieu d'un stroma fibreux encore un peu altéré. Plus loin on tombe dans le tissu conjonctif normal avec ses cellules fixes intactes ou légèrement boursouflées. Quant au tissu en dégénérescence hyaline incomplète, situé entre les travées et îlots cellulaires, il est fragmenté en blocs irréguliers, parfois arrondis ou un peu allongés rappelant tout à fait l'aspect des blocs hyalins contenus dans les alvéoles néoplasiques. Cette disposition est fréquente.

Quelques alvéoles, surtout parmi les plus petits, sont uniquement constitués par les éléments cellulaires d'apparence épithéliale. En pareil cas, surtout si les cellules à noyau plus foncé manquent, ils sont absolument identiques, abstraction faite de la bandelette hyaline périphérique, aux alvéoles de certaines variétés d'épithéliomas, l'ulcus rodens par exemple. Dans l'observation de Mulert la ressemblance est même poussée plus loin, puisque l'auteur signale

l'existence de globes perlés. Ces globes sont dus à la disposition concentrique des cellules autour d'un centre homogène, granuleux, qui n'est autre chose qu'un petit foyer de nécrose. Il n'y a pas trace de kératinisation. Mulert ajoute, comme caractère différentiel avec

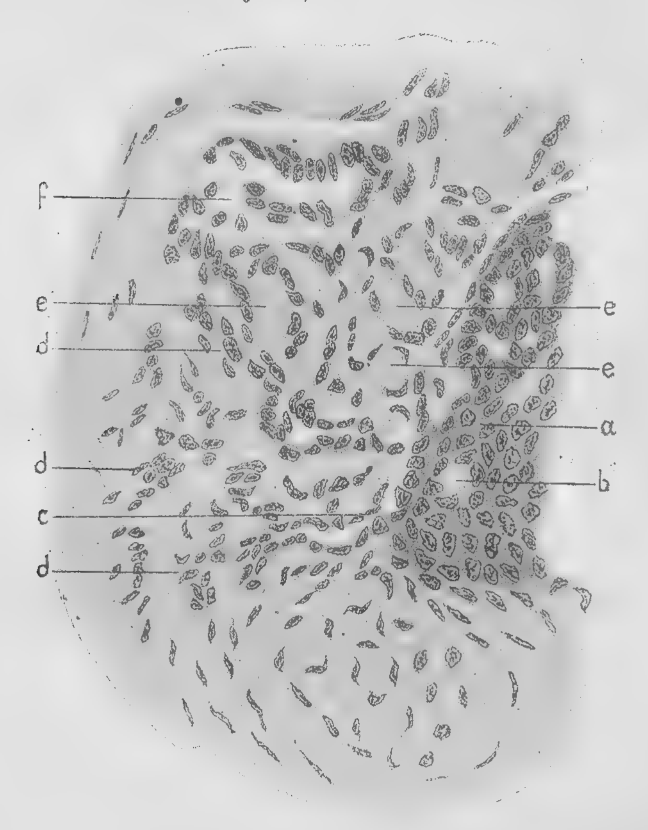


Fig. 4. — Leitz. = Oc. 3. Imm. homog.

a. Masse alvéolaire dépourvue de bandelette limitante hyaline ou fibro-hyaline et émettant, dans une partie de sa circonférence, des travées cellulaires qui vont s'infiltrer dans le tissu conjonctif circumvoisin en voie de dégénérescence hyaline. — *b.* Bloc hyalin intra-alvéolaire. — *c.* Travées cellulaires néoplasiques issues d'un alvéole épithéliomateux et allant s'infiltrer dans le tissu conjonctif voisin. — *d*, *d*, *d*. Petits îlots de cellules néoplasiques situés au sein d'un stroma conjonctif en dégénérescence hyaline. — *e*, *e*, *e*. Blocs conjonctifs en dégénérescence hyaline plus ou moins nettement circonscrits par des cellules néoplasiques. — *f*. Espace lymphatique envahi par les cellules néoplasiques.

les globes épidermiques, qu'il n'a jamais pu mettre en évidence dans les cellules de la périphérie des globes perlés le réseau protoplasmique qu'on voit dans l'intérieur des cellules épidermiques. Cette constatation nous paraît sans importance dans le cas particu-

lier, car dans l'ulcus rodens nous n'avons jamais pu constater l'existence de ce réseau protoplasmique et ce n'est certainement pas avec l'épithélioma pavimenteux vulgaire à globes cornés qu'on peut confondre la variété de tumeurs que nous étudions.

Nous en dirons autant de l'absence des filaments d'union dans notre tumeur. Très nets dans l'épithélioma pavimenteux vulgaire, ils se montrent parfois aussi dans l'ulcus rodens, mais à l'état d'ébauche. Le plus souvent d'ailleurs ils manquent et leur absence ne peut pas, par conséquent, servir à trancher le diagnostic.

Le plus souvent les alvéoles ne contiennent pas seulement des cellules néoplasiques. Dans le plus grand nombre apparaissent des éléments nouveaux qui donnent au contenu alvéolaire un aspect très particulier signalé dans toutes les descriptions. Ces éléments sont constitués par une substance homogène, hyaline, qui, comme aspect et comme réactions histo-chimiques, correspond tout à fait à la substance homogène et hyaline des anneaux péri-alvéolaires. Ces productions hyalines se présentent sous des aspects très différents (fig. 5).

Le plus souvent, ce sont des blocs nettement arrondis, quelquefois ovalaires ou même plus allongés et parfois alors contournés en S. Leur volume est très variable : les plus petits mesurent 3-4 μ de diamètre ; les plus grands 40, 50 μ et même davantage ; le plus souvent leurs dimensions varient de 15 à 40 μ. Souvent homogènes, ils sont souvent aussi tantôt irrégulièrement colorés (rose pâle sur un point, ils sont rose foncé ou rouges sur un autre), tantôt creusés de petites vacuoles irrégulières à contours diffus se présentant sous une forme ronde, ovalaire ou plus allongée. Lorsque les blocs hyalins sont ovalaires ou un peu allongés, on les voit parfois constitués par plusieurs petits faisceaux homogènes hyalins séparés par places, confondus ailleurs. Cette disposition explique l'état vacuolaire observé sur la coupe de quelques blocs arrondis.

Un certain nombre de blocs hyalins arrondis sont percés dans le centre d'une cavité très petite, vide ou occupée par la coupe transversale et très étroite d'un noyau entouré d'un très fin liseré protoplasmique. Parfois la cavité centrale est un peu plus grande et renferme quelques fibrilles conjonctives, de rares cellules fixes et même de petites lacunes lymphatiques. D'autres fois encore la région centrale est plus étendue; elle constitue un véritable îlot conjonctif séparé des cellules néoplasiques par une bordure hyaline et traversé par un ou plusieurs petits vaisseaux sanguins.

Dans d'autres endroits les formations hyalines se montrent sous forme de petites bandes homogènes, rectilignes ou contournées, courtes ou longues, ramifiées ou non. D'autres fois enfin ce sont des bandes plus longues qui partent soit d'un anneau hyalin péri-alvéolaire, soit d'un îlot conjonctif intra-alvéolaire, soit d'un vaisseau

sanguin à paroi hyaline, parcourent une partie de l'alvéole, se ramifient quelquefois et se terminent par une extrémité libre et arrondie ou aboutissent à des blocs hyalins ronds ou ovalaires. De loin en loin on voit dans ces bandes hyalines soit une cellule conjonctive très allongée, soit un état fibrillaire plus ou moins accentué, indiquant l'origine fibreuse de ces formations.

Les productions hyalines intra-alvéolaires sont entourées de cellules d'aspect variable. Parfois elles sont petites, cubiques, ressemblent à celles de la couche la plus périphérique de l'alvéole, et sont régulièrement disposées en palissade. D'autres fois, elles sont fusiformes et allongées parallèlement à la surface du bloc hyalin. Dans ce cas, deux, trois ou quatre cellules suffisent à circonscrire une masse hyaline de dimensions moyennes. Entre ces deux dispositions extrêmes, on observe tous les intermédiaires. Quelques blocs hyalins plus petits ne présentent, sur un point de leur circonférence, qu'un noyau très plat entouré d'un très fin liséré protoplasmique. Enfin quelques bandes hyalines très grêles (3-6 μ de diamètre) semblent être incluses dans des éléments cellulaires à noyau noirâtre.

L'abondance des productions hyalines dans l'intérieur des alvéoles est des plus variables. Un certain nombre d'alvéoles n'en contiennent pas. D'autres en renferment un petit nombre perdues au milieu des éléments cellulaires qui forment la majeure partie du contenu alvéolaire. Dans d'autres enfin il y en a un très grand nombre et on trouve même des alvéoles ou des portions d'alvéoles à peu près exclusivement formés par elles et par les cellules qui les entourent immédiatement. On voit alors, situés côte à côte, les blocs hyalins, généralement arrondis, tapissés par une couche de cellules cubiques en palissade ou fusiformes et très allongées (fig. 5). Entre eux existent des espaces clairs, fissuraires, très étroits, irréguliers ou des travées de cellules polygonales identiques à celles décrites antérieurement. Dans des points où les produits hyalins sont très nombreux, à côté des blocs arrondis on peut trouver des boudins hyalins, moniliformes, très contournés, séparés les uns des autres et des blocs arrondis par des cellules fusiformes peu nombreuses et très allongées.

Enfin dans quelques très rares alvéoles on trouve de petits îlots formés exclusivement de blocs hyalins sans cellules interposées. Leurs limites sont des plus diffuses. A leur périphérie, entre les blocs hyalins, apparaissent d'abord des cellules plates, allongées, puis des cellules plus renflées et finalement l'aspect ordinaire déjà décrit.

Les blocs hyalins peuvent siéger dans tous les points des alvéoles, vers le centre aussi bien qu'à la périphérie.

Enfin, à la périphérie de quelques alvéoles, on observe certains

détails nouveaux qu'il importe d'indiquer. Sur certains points la bandelette hyaline de bordure se plisse et envoie un éperon plein et plus ou moins long vers l'intérieur de l'alvéole. D'autres fois il s'agit d'une anse en forme d'U dans laquelle les deux branches sont seulement séparées par une, deux ou trois cellules conjonctives fusiformes et très allongées situées bout à bout. D'autres fois enfin les deux branches de l'U sont plus écartées et entre elles se trouvent quelques fibrilles conjonctives, des lacunes lymphatiques et même quelques vaisseaux sanguins. C'est, en effet, en suivant ces travées que les vaisseaux sanguins pénètrent dans les alvéoles.

Ces longs détails sur la bandelette hyaline péri-alvéolaire et sur

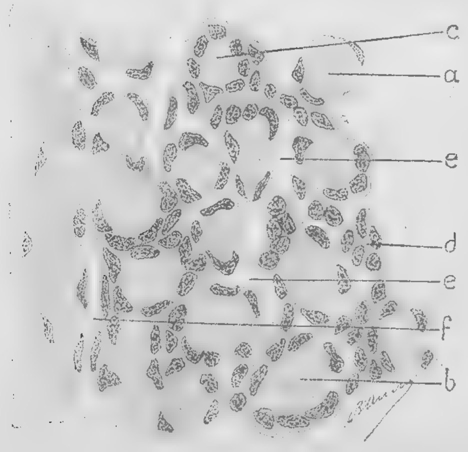


Fig. 5. — Zeiss. = Oc. 12. Imm. homog.

a. Bloc hyalin circonscrit par des cellules très aplaties, d'aspect conjonctif. — *b*, *c*. Blocs hyalins circonscrits par des cellules irrégulièrement cubiques ou légèrement aplaties. — *d*. Bloc de cellules néoplasiques situé dans l'intervalle des blocs hyalins. — *e*, *e*. Espaces fissuraires situés entre les cellules circonscrivant les blocs hyalins. — *f*. Fente lymphatique, tapissée à gauche par des cellules hypertrophiées.

les formations hyalines intra-alvéolaires sont justifiés par l'aspect et l'intérêt tout particuliers que ces productions donnent à nos tumeurs. Celles-ci, en effet, ont été observées dans toutes les observations où l'examen histologique a été fait avec soin. Par contre, nous ne les avons jamais rencontrées dans les cas d'ulcus rodens (au nombre d'une cinquantaine) que nous avons étudiés. Ici nous avons bien vu la dégénérescence hyaline de quelques cellules néoplasiques, exceptionnellement même quelques petits blocs hyalins arrondis ou irréguliers et à contours polycycliques dus manifestement à la dégénérescence de cellules voisines, mais jamais la disposition que nous venons de décrire. Dans l'observation de Barlow, on voit une

disposition qui rappelle celle que nous avons décrite. Mais la bandelette hyaline péri-alvéolaire manque complètement et le tissu situé dans les mailles du réseau formé par les travées épithéliales anastomosées en tous sens présente quelques légères différences. Sauf dans quelques points, il n'est pas disposé sous forme de blocs arrondis et nettement limités en tous sens comme dans nos tumeurs. Il forme plutôt un réseau entrelacé avec le réseau épithélial. De plus, à côté des petits îlots et des petites travées, on trouve de larges nappes irrégulières formées du même tissu et sillonnées seulement par quelques rares et fines trabécules épithéliales. La substance qui forme ces larges nappes est un peu vitreuse, hyaline, et disposée en petits amas ou en petites traînées dirigées en sens divers, et séparées par des espaces clairs. Ces nappes ne sont donc pas absolument homogènes ; par places elles communiquent largement avec le tissu conjonctif qui entoure le nodule épithéliomateux, et là il est facile de saisir la continuité de tissu et la transformation de l'un dans l'autre. Les petites travées et les blocs entourés par le réseau épithélial sont formés du même tissu, mais plus nettement hyalin et plus homogène. Il s'agit, en somme, du stroma conjonctif intertrabéculaire ayant subi la dégénérescence hyaline.

La même interprétation doit être donnée aux blocs et travées de substance hyaline rencontrés dans nos tumeurs. Elle seule peut expliquer la série ininterrompue de faits qui conduisent des inclusions de la bandelette hyaline avec fibrilles conjonctives et petits vaisseaux sanguins contenus dans le centre de l'éperon inclus, jusqu'aux blocs arrondis centrés ou non par la coupe d'une cellule conjonctive très étroite et très allongée, en passant par les traînées hyalines, longues ou courtes, bifurquées ou non, homogènes ou légèrement striées, qui parcourent les alvéoles.

Les vaisseaux sanguins pénètrent dans les alvéoles dès que ceux-ci atteignent quelque volume. Ils s'y présentent sous des aspects différents bien que leurs parois soient toujours hyalines. Quelquefois un ou plusieurs petits vaisseaux sont situés au milieu d'un îlot toujours peu étendu de tissu conjonctif lâche ou même, mais rarement, de tissu muqueux séparé lui-même des cellules néoplasiques par une bandelette hyaline identique à celle de la périphérie des alvéoles. D'autres fois l'îlot conjonctif est beaucoup plus petit et, entre le vaisseau et la bandelette hyaline bordant les cellules de la tumeur, on ne voit plus qu'une mince zone formée de quelques fibrilles conjonctives ou de petites cellules rondes ou polygonales disposées sur une seule rangée en forme de croissant ou de couronne. Ailleurs enfin cette zone manque et la lumière du vaisseau est limitée par un anneau hyalin sur lequel reposent directement les cellules néoplasiques. L'endothélium vasculaire est souvent un peu boursouflé.

Dans les plus petits vaisseaux la paroi hyaline est très mince, de sorte que les éléments cellulaires sont presque en contact avec l'endothélium. Dans ces conditions les hémorragies sont faciles et assez fréquemment observées. Le sang épanché peut, ou bien se collecter en foyer plus ou moins bien nettement limité, ou s'infiltrer entre les éléments néoplasiques. Souvent ces deux dispositions s'observent côte à côte. Les globules rouges sont intacts dans les foyers hémorragiques récents; ils sont plus ou moins altérés et peuvent même avoir disparu à peu près complètement dans les foyers plus anciens. Dans quelques alvéoles, les éléments néoplasiques sont dissociés individuellement ou disloqués en blocs irréguliers formés soit seulement de cellules, soit d'un ou plusieurs blocs hyalins entourés de cellules. Dans leurs intervalles, quelquefois très grands, se trouvent des hé-

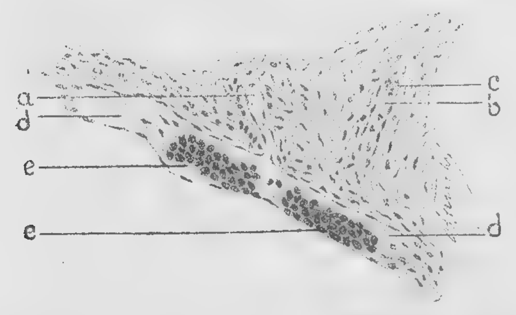


Fig. 6. — Leitz. = Oc. 3. Obj. 4.

a. Fente lymphatique communiquant avec un plus grand espace lymphatique (*d*, *d*) et ne contenant que quelques granulations. — *b.* Espace lymphatique, contenant des granulations, deux leucocytes polynucléés et un petit groupe (*c*) d'éléments néoplasiques. — *d*, *d*. Grand espace lymphatique contenant deux gros amas de cellules néoplasiques (*e*, *e*), réunis par une travée formée des mêmes éléments.

maties et de très nombreuses granulations colorées en rouge par l'éosine-hématéine.

Les vaisseaux intra-alvéolaires sont peu nombreux en général. La dégénérescence hyaline de leurs parois est signalée par tous les auteurs, notamment par Mulert.

La description qui précède correspond à la grande majorité des alvéoles; mais d'autres présentent des aspects tout à fait particuliers qu'il importe d'indiquer. Les premiers sont remplis d'un amas cellulaire plus ou moins volumineux, mais plein ou légèrement fissuré par suite de la rétraction due aux agents fixateurs. Les seconds sont incomplètement remplis par les éléments néoplasiques et représentent des espaces lymphatiques dilatés et envahis par les cellules néoplasiques, ainsi que le démontre la série des figures microscopiques que nous décrivons.

Les espaces lymphatiques, quelquefois sains, sont souvent très dilatés, surtout dans les régions les plus superficielles du néoplasme. Dans ces derniers cas leur endothélium est tantôt normal, tantôt boursouflé et hyperplasié. Leur contenu est formé de fines granulations irrégulières colorées en rouge par l'éosine et de quelques leucocytes polynucléés et mononucléés. Autour d'eux n'existe pas de bandelette hyaline. Mais à côté de ces lymphatiques à contenu normal, on en trouve un assez grand nombre qui contiennent des éléments néoplasiques plus ou moins nombreux. Tantôt (fig. 7) il s'agit d'un petit bloc de 3 ou 4 cellules présentant les caractères des cellules néoplasiques et situé dans un petit espace lymphatique qu'il n'obstrue pas cependant d'une façon complète, car autour de lui se trouvent des granulations et un petit nombre de lymphocytes et de

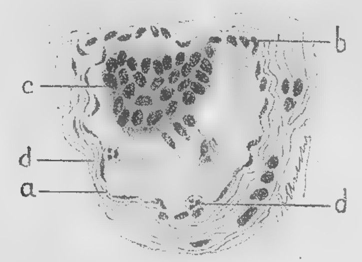


FIG. 7. — Leitz. = Oc. 3. Obj. 7.

Espace lymphatique dilaté tapissé par un endothélium normal dans une partie de sa circonférence (*a*), hypertrophié et hyperplasié dans une autre partie (*b*). — *c*. Bloc de cellules néoplasiques contenues dans l'espace lymphatique. — *d*, *d*. Leucocytes polynucléés.

leucocytes. Tantôt (fig. 6 et 7) il s'agit de blocs néoplasiques plus volumineux, à contours déchiquetés, contenus dans des espaces lymphatiques plus volumineux et plus dilatés. En contact avec la paroi lymphatique sur un espace plus ou moins étendu, ils en sont séparés par ailleurs, de sorte qu'entre eux et la paroi se trouve une cavité irrégulière dans laquelle existent des granulations et quelques leucocytes.

L'endothélium de la paroi lymphatique est parfois normal ; souvent il est hypertrophié et considérablement hyperplasié. Dans ce cas (fig. 7) les cellules sont rapprochées, cubiques et formées d'un protoplasma clair et d'un noyau arrondi ou ovalaire très fortement coloré.

D'autres fois l'espace lymphatique, plus dilaté encore, est presque entièrement rempli par les éléments néoplasiques disposés en deux, trois ou quatre blocs irréguliers à contours déchiquetés, fusionnés sur un point de leur circonférence ou seulement reliés entre eux par

de minces travées de cellules ou même par des cellules néoplasiques isolées tendues de l'un à l'autre. Dans leurs intervalles se trouvent de nombreuses granulations provenant de la coagulation du suc lymphatique et parfois de très rares lencocytes. Parfois ils sont en contact avec la paroi lymphatique et alors il est difficile de faire la part entre les cellules néoplasiques proprement dites et les cellules endothéliales hypertrophiées et hyperplasiées. Ailleurs ils en sont séparés et alors on voit la paroi tapissée par des cellules endothéliales devenues cubiques.

Ces alvéoles cavitaires ne sont pas toujours arrondis; parfois ils

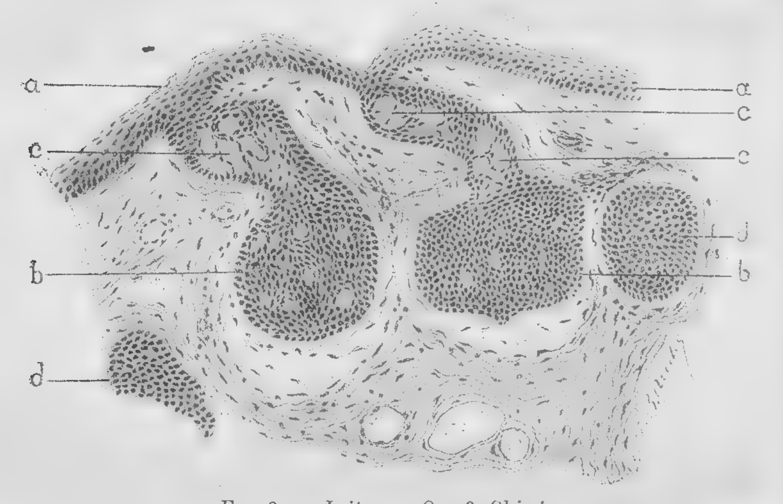


Fig. 8. — Leitz. = Oc. 3. Obj. 4.

a, a. Épiderme. — *b, b.* Alvéoles épithéliomateux naissant de l'épiderme. — *c, c, c.* Blocs hyalins situés dans un alvéole presque immédiatement après leur origine dans l'épiderme — *d, d.* Alvéoles néoplasiques voisins des précédents.

sont ovalaires, ou plus allongés et contournés, ou même bifurqués. Quelquefois un éperon conjonctif, tapissé de petites cellules à noyau vivement coloré, sépare incomplètement deux cavités voisines. C'est le reste de la cloison qui primitivement séparait les deux alvéoles voisins et qui a cédé en un point sous l'influence du processus néoplasique. Dans ces grands alvéoles irréguliers, il n'est pas rare de trouver en un point un gros amas de cellules néoplasiques faisant saillie dans la cavité ou remplissant un de ses culs-de-sac.

Quelques-uns de ces alvéoles sont dépourvus en totalité ou en partie seulement de bandelette hyaline. Ils sont bordés alors par une zone conjonctive à peine striée, presque homogène, mais ne présentant encore que très atténuées les réactions de l'hyaline.

Quelques cavités analogues sont plus ou moins fortement modifiées

par l'irruption de sang dans leur intérieur. Voici la description d'une de ces dispositions. Dans une région située au niveau et au-dessous des bulbes pileux, existe une cavité excessivement irrégulière, présentant des prolongements fissuraires nombreux. Toute cette cavité est entourée par une épaisse zone fibreuse à faisceaux concentriques et d'autant plus serrés qu'on se rapproche davantage de la cavité. Le bord proprement dit de celle-ci est formé, dans la plus grande partie de son étendue, par une lamelle hyaline très mince; ailleurs par un tractus fibreux dense. Par places, la bandelette hyaline est très fortement plissée. Parfois elle est séparée des faisceaux fibreux plus extérieurs par une petite traînée de 3 à 4 cellules fusiformes. Ailleurs le clivage est plus net, et la fente allongée qui en résulte est occupée par une ou deux rangées de cellules plus volumineuses.

Dans d'autres points des blocs hyalins sont complètement ou incomplètement dissociés et séparés du reste de la paroi par des traînées cellulaires. Ils sont quelquefois assez volumineux et on voit même de plus gros îlots bordés par une large bandelette hyaline et contenant un ou deux vaisseaux sanguins à parois hyalines fusionnées avec la bandelette périphérique. Dans certaines préparations ces îlots sont complètement détachés de la paroi de la grande cavité; ailleurs ils sont adhérents. Toujours ils sont tapissés par des cellules néoplasiques. Cette disposition explique facilement la production de l'hémorragie qui a rempli de sang la cavité centrale. Dans les endroits où existe la bandelette hyaline, elle est tapissée intérieurement par une ou deux couches de cellules très petites, rondes ou aplaties, à noyau relativement volumineux et très fortement et uniformément coloré. Parfois plusieurs de ces noyaux sont tassés les uns contre les autres sans trace de division du protoplasma. Dans les points où la paroi est restée fibreuse ou commence seulement à subir la dégénérescence hyaline, outre le revêtement cellulaire interne, on trouve de nombreuses cellules infiltrées dans ce tissu. Dans quelques angles de cette cavité anfractueuse, on trouve de gros amas de cellules néoplasiques avec ou sans blocs hyalins. Le centre de la cavité est occupé par du sang plus ou moins altéré et par une substance granuleuse dans laquelle sont aussi infiltrés des globules rouges.

Dans plusieurs points, de la paroi partent des traînées de petites cellules fusiformes analogues à celles du revêtement de la cavité, et disposées sur deux ou trois couches. Ces traînées cellulaires, parfois très longues et sinueuses, sont entourées par une bandelette le plus souvent hyaline, parfois fibro-hyaline. Dans leur centre les cellules sont en contact, parfois intriquées, de sorte que toute cavité manque. Mais si on suit ces travées cellulaires vers la grande cavité, on voit à un moment donné les cellules se séparer et se disposer en deux couches entre lesquelles apparaît une fissure plus ou moins

large. Dans cette fissure on trouve des hématies jusqu'au niveau de l'angle de clivage des cellules. C'est, pensons-nous, la pression sanguine qui a produit ce décollement et provoqué la formation de la grande cavité centrale.

Tout près de cette grande cavité anfractueuse, dans la zone de tissu fibreux qui l'entoure, existent tout à fait indépendantes quelques fentes assez longues tapissées sur chacune de leurs parois par des cellules oblongues, très rapprochées, contenant un noyau rond ou ovalaire et disposées sur une seule couche. Entre ces deux couches cellulaires existe une petite cavité fissuraire.

D'autres fentes analogues sont tapissées par des cellules plus allongées, plus plates, à noyau fusiforme, peu saillant, rappelant par conséquent l'aspect des cellules de revêtement des lacunes du tissu conjonctif.

En réalité, il s'agit de lacunes interfasciculaires dont le revêtement endothélial a proliféré et a donné lieu successivement à ces divers états.

Le stroma inter-alvéolaire est formé par du tissu conjonctif adulte entre les fibres et les faisceaux fibrillaires duquel se trouve un assez grand nombre de cellules fixes, en général hypertrophiées. Vers la surface, dans les régions sous-épidermiques, il y a quelques cellules plasmatiques. Les Mastzellen ne sont pas rares. Ce stroma est peu abondant et presque partout, ainsi que nous l'avons dit, il est séparé du contenu alvéolaire par une bandelette hyaline formant la paroi de l'alvéole. Lorsque les alvéoles sont très rapprochés, le stroma disparaît, les bandelettes hyalines qui les bordent entrent en contact, séparées seulement par quelques cellules fixes très allongées et très aplaties et par quelques lacunes lymphatiques (fig. 2); celles-ci sont souvent dilatées et quelquefois même très grandes. Les cellules qui les tapissent sont hypertrophiées, parfois hyperplasiées. Dans quelques endroits les parois hyalines des alvéoles voisins ne sont pas seulement en contact; elles se fusionnent et ne forment qu'une seule bandelette hyaline interalvéolaire.

Le tissu élastique est rare au sein même des tumeurs. Dans les plus larges travées fibreuses du stroma interalvéolaire on trouve quelques fibres élastiques volumineuses et assez ondulées; mais elles manquent ou sont excessivement rares dans les travées plus étroites. Elles font totalement défaut dans les bandelettes hyalines péri-alvéolaires. On n'en voit aucune trace ni dans les blocs ni dans les traînées de substance hyaline situés dans les alvéoles, ni dans les parois des vaisseaux et des petits îlots conjonctifs intra-alvéolaires, ni même entre les cellules néoplasiques.

Les vaisseaux sanguins du stroma sont rares et de petites dimensions. Leurs parois sont normales et ne présentent pas l'altération

hyaline. Seules, leurs cellules endothéliales sont parfois légèrement boursouflées. Par contre, on y voit de grands et nombreux espaces lymphatiques tapissés par des cellules à noyau ovalaire et volumineux faisant saillie dans la cavité. Les cellules endothéliales des lymphatiques sont souvent aussi plus renflées et plus serrées que normalement. La lumière en est assez souvent agrandie, comme s'il existait une sorte de gêne dans la circulation du suc lymphatique. D'autres sont envahis par le néoplasme et présentent les lésions déjà décrites.

Rapports avec l'épiderme et ses dépendances : follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares. — L'épiderme est un peu aminci et a perdu presque complètement sa disposition papillaire au niveau de la portion saillante des plus grosses tumeurs. Il reprend son aspect normal sur les parties latérales. Les alvéoles néoplasiques, même les plus superficiels, en sont séparés par un tractus conjonctif quelquefois assez mince, il est vrai, mais parfaitement net. Toutefois, par l'examen des séries de coupes, on arrive à trouver des connexions des amas cellulaires néoplasiques avec l'épiderme. Une coupe essentiellement favorable sous ce rapport est celle que nous avons dessinée dans la figure 8. On y voit côte à côte deux masses alvéolaires réunies à la face profonde de l'épiderme par deux travées cellulaires dont l'une se rétrécit et dont l'autre conserve toute sa largeur au moment de la fusion avec le revêtement épidermique. A leur niveau, les cellules épidermiques perdent rapidement leurs caractères normaux pour prendre ceux des cellules néoplasiques. Presque aussitôt, dans les travées d'union apparaissent des corps hyalins identiques à ceux qu'on trouve si fréquemment dans les alvéoles de la tumeur. En multipliant les examens des coupes en série on se rend facilement compte que les amas cellulaires ainsi rattachés à l'épiderme se prolongent en divers sens dans le derme et forment des traînées cellulaires tantôt étroites, tantôt très larges, bifurquées ou non et anastomosées avec les travées voisines. Cet état se traduit sur les coupes par l'état alvéolaire de la tumeur. Souvent, presque immédiatement après leur fusion avec l'épiderme, les travées d'union quittent le plan de la coupe, et alors l'examen de plusieurs préparations permet seul de se rendre compte des rapports des alvéoles avec l'épiderme.

Les cellules épidermiques, au niveau du point d'implantation des travées d'union, ne présentent parfois rien de particulier. D'autres fois les cellules à kérato-hyaline abondent et forment une sorte de cône à sommet profond, atteignant à peu près le niveau de la couche génératrice. Quelquefois enfin, dans le centre de la travée on rencontre une petite cavité arrondie, tapissée par une ou deux couches de cellules aplaties, à protoplasma plus coloré que celui des cellules néoplasiques proprement dites. Il semble qu'il s'agisse là de rudi-

ments de follicules pileux privés du poil et considérablement rétrécis.

Dans la plus petite de nos tumeurs, vers le centre du néoplasme, à quelque distance de l'épiderme, entre plusieurs amas cellulaires néoplasiques, se trouve une cavité kystique assez volumineuse, à peu près régulièrement sphérique, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen des coupes en série. La paroi est formée par 6 à 8 couches de cellules épithéliales dont les plus externes sont cubiques, tandis que les autres sont aplaties concentriquement. Il n'existe pas de ligne claire intercellulaire. Les cellules sont petites; leur noyau est bien coloré et le protoplasma est moins clair et un peu plus teinté que celui des cellules néoplasiques proprement dites. Les cellules les plus internes sont tout à fait plates, et renferment un noyau petit et mal coloré ou seulement quelques grains nucléaires. Plus en dedans se trouvent de minces lamelles superposées formées de cellules très aplaties et privées de noyaux. Il n'y a pas trace de poil dans le kyste.

Sur un point de sa circonférence aboutit une travée cellulaire, de 30 à 40 μ. de largeur, formée d'éléments identiques à ceux de la paroi du kyste, et dont l'extrémité libre est constituée par quelques cellules sébacées. Sur d'autres coupes, on voit se détacher dans deux endroits opposés du même kyste deux bourgeons très grêles, formés de cellules petites et claires, identiques aux cellules néoplasiques. Bientôt ces bourgeons se renflent et forment des îlots absolument analogues aux amas alvéolaires voisins avec lesquels ils sont anastomosés.

Les glandes sébacées disparaissent au niveau de la tumeur. Sur les parties latérales du néoplasme, elles sont d'abord légèrement refoulées, mais bientôt les lobules diminuent de volume et s'aplatissent par suite de la pression qu'ils éprouvent de la part du néoplasme; les cellules sébacées s'atrophient et finalement toute trace de la glande disparaît. Les alvéoles néoplasiques se rapprochent quelquefois considérablement de la glande, mais toujours un liséré conjonctif les sépare et jamais nous n'avons vu les amas cellulaires de la tumeur se fusionner avec les cellules des glandes sébacées. Jamais non plus nous n'avons rien vu qui pût faire penser à la transformation de ces organes glandulaires en alvéoles néoplasiques.

Les glandes sudoripares ne disparaissent pas comme les glandes sébacées. On les retrouve partout, même dans les régions centrales de nos plus grosses tumeurs, mais, cela se conçoit sans peine, elles sont souvent considérablement refoulées et bouleversées par les alvéoles néoplasiques. Fréquemment, surtout dans les petites tumeurs, elles sont situées au sein du stroma et dans le tissu conjonctif situé au-dessous du néoplasme. Elles sont intactes ou seulement déformées et parfois légèrement dilatées. D'autres fois, elle sont entourées

complètement ou presque complètement par les amas de cellules néoplasiques. Assez souvent enfin, surtout dans les grosses tumeurs, on les trouve incluses dans les alvéoles néoplasiques. Tantôt elles sont séparées des cellules néoplasiques par un mince liséré conjonctif; tantôt celles-ci se trouvent directement en contact avec l'épithélium glandulaire qui conserve sa disposition normale et limite une petite cavité de dimensions ordinaires. Le néoplasme se comporte donc avec les glandes sudoripares comme avec les vaisseaux sanguins : il les entoure, les dissocie et arrive à faire disparaître leur gaine conjonctive. Mais nous ne pensons pas que les glandes sudoripares soient un lieu d'origine de ces tumeurs.

Les différentes images microscopiques que nous venons de décrire démontrent la nature des néoplasmes, leur mode de début et donnent l'explication des blocs et des tractus hyalins que l'on rencontre en si grand nombre dans beaucoup d'alvéoles.

Les tumeurs naissent de l'épiderme. Les connexions étroites des amas cellulaires néoplasiques avec le revêtement épidermique, que nous avons rencontrées plusieurs fois et dont deux exemples sont représentés dans la figure 8, ne laissent pas de doute à cet égard et nous permettent de rejeter d'emblée l'hypothèse de tumeurs endothéliales. Avec cette hypothèse, en effet, il ne nous paraît pas possible d'expliquer une fusion aussi complète des cellules néoplasiques avec les cellules épidermiques. D'ailleurs, au niveau de ces points de fusion il est facile de suivre les différents états de passage des cellules épidermiques aux cellules néoplasiques.

Un point plus délicat, c'est de savoir si les follicules pileux et les glandes sébacées et sudoripares peuvent aussi servir de point de départ aux tumeurs. L'existence, au niveau de quelques points de fusion du néoplasme avec l'épiderme, de cônes de cellules à kératohyaline et de très petites cavités arrondies situées vers le sommet de ces cônes, peut faire penser aussi bien à des glandes sudoripares qu'à des follicules pileux atrophiés et dépourvus de poil. Par contre, l'existence de kystes plus volumineux, comme celui que nous avons décrit, et sur lequel s'implantent des travées néoplasiques, démontre que le follicule pileux peut être un des lieux d'origine des néoplasmes. Nous ne saurions dire s'il en est de même des glandes sébacées; en tout cas rien ne nous y autorise. Quant aux glandes sudoripares, elles ne nous paraissent pas entrer en cause à l'origine des tumeurs. Souvent, il est vrai, surtout dans les grosses tumeurs, on les trouve incluses dans les alvéoles néoplasiques, directement en contact avec les cellules de la tumeur ; mais, même dans ces cas, on retrouve leur lumière et leur revêtement épithélial normal ou à peu près. Plus souvent encore, d'ailleurs, on les voit tout à fait intactes au sein du stroma ou dans le tissu con-

jonctif situé au-dessous du néoplasme. Il en est des glandes sudoripares comme des vaisseaux sanguins qui sont dissociés, isolés et parfois directement en contact avec les éléments néoplasiques.

Nous pensons, en résumé, que les néoplasmes naissent aux dépens de l'épiderme et parfois des follicules pileux. Les glandes sudoripares ne semblent pas leur donner naissance.

Presque aussitôt après leur origine, les cellules néoplasiques s'éloignent considérablement du type épidermique. Elles sont très petites, et ne possèdent ni exoplasme épineux, ni réseau protoplasmique. Elles sont tout à fait déviées de leur évolution normale. Elles prennent des formes très variées : le plus souvent elles sont cubiques à la périphérie des alvéoles et polygonales dans le centre ; mais dans d'autres circonstances elles s'allongent, s'aplatissent, se disposent en fines travées entre les fibres conjonctives et les blocs hyalins, et s'anastomosent par de longs prolongements protoplasmiques, à la façon des cellules d'ordre endothélial. Aussi quelques auteurs, comme Spiegler et Mulert, n'ayant pas vu ou ayant interprété comme de simples contacts les liens d'union des tumeurs avec l'épiderme, ont-ils cru avoir affaire avec des endothéliomes.

Une fois nés, les bourgeons épithéliomateux peuvent s'accroître de différentes façons. Tantôt ils s'allongent et forment des boudins nettement limités mais très irréguliers, renflés dans certains points, étranglés dans d'autres, qui se dirigent dans des sens très divers, surtout vers la profondeur du derme, se ramifient et s'anastomosent avec des boudins voisins et identiques. Le tissu conjonctif refoulé se tasse à leur périphérie et finalement subit la dégénérescence hyaline : la bandelette hyaline péri-alvéolaire se trouve ainsi constituée. D'autres fois, de la périphérie des bourgeons épithéliomateux, partent de minces travées d'éléments néoplasiques généralement allongés et aplatis, qui fusent dans les espaces conjonctifs interfasciculaires, se ramifient, s'anastomosent entre elles et arrivent de la sorte à former une espèce de réseau néoplasique dans les mailles duquel se trouvent de petits blocs de tissu conjonctif subissant ou ayant déjà subi la dégénérescence hyaline. Ces cellules s'accroissent, se multiplient, entourent plus complètement les petits îlots conjonctifs dégénérés, et ainsi se trouvent formés les blocs hyalins. Lorsqu'un petit vaisseau sanguin est rencontré par ce processus d'envahissement, il est entouré, disséqué plus ou moins complètement et il se montre sur la coupe entouré de cellules néoplasiques. Celles-ci sont directement appliquées sur sa paroi, ou en sont séparées par une zone plus ou moins étroite de tissu conjonctif lâche, ou, mais exceptionnellement, de tissu muqueux. Les parois des vaisseaux ont dans tous ces cas subi la dégénérescence hyaline.

Si un espace lymphatique se trouve situé dans le voisinage des tra-

vées ou des alvéoles épithéliomateux, il peut être envahi et alors apparaissent les aspects divers que nous avons décrits plus haut : espaces lymphatiques ne contenant que quelques cellules néoplasiques nageant dans la lymphe au milieu des leucocytes; espaces lymphatiques renfermant des blocs néoplasiques volumineux, mais n'obstruant pas complètement la cavité, dans laquelle on voit encore quelques leucocytes ; espaces lymphatiques presque complètement remplis par des blocs irréguliers et des petits groupes de cellules néoplasiques, ne laissant que peu d'espaces à la lymphe. Leur revêtement endothélial peut être normal ou à peu près normal. D'autres fois les cellules endothéliales se sont multipliées et hypertrophiées et la paroi se trouve tapissée par une couche de cellules petites, cubiques ou un peu plates,à noyau légèrement ovalaire ou lancéolé, très fortement et uniformément coloré. Lorsque les cellules épithéliomateuses contenues dans de tels espaces lymphatiques se multiplient, elles arrivent à former des amas denses remplissant complètement la cavité, mais entourés par la couche de cellules très petites décrite précédemment.

Quant aux blocs et aux tractus hyalins, nous pensons qu'ils sont le produit de la dégénérescence hyaline du tissu conjonctif du stroma infiltré et dissocié par des éléments néoplasiques. Nous ne saurions admettre le processus indiqué par Malassez dans son étude sur le cylindrome. Mais les cellules néoplasiques sont aussi susceptibles de subir cette dégénérescence hyaline et ceci nous explique la présence des très petits blocs hyalins situés parfois au milieu des éléments néoplasiques renfermés dans les espaces lymphatiques.

Ainsi donc, contrairement à l'opinion de Spiegler et de Mulert, et pour les raisons que nous avons énumérées, nous croyons qu'il s'agit, non d'un endothéliome, mais d'un épithéliome. Ceci admis, il faut encore se demander quels en sont les caractères différentiels. Après la description anatomo-pathologique qui précède, il est inutile d'insister pour montrer qu'il est essentiellement différent de l'épithélioma pavimenteux à évolution épidermique. Par contre, il ressemble beaucoup à l'ulcus rodens ; aussi y a-t-il lieu d'indiquer les caractères qui les séparent l'un de l'autre. Pris isolément, les éléments cellulaires néoplasiques se ressemblent beaucoup dans les deux cas ; peut-être cependant dans l'épithélioma multiple les cellules ont-elles perdu plus complètement encore que dans l'ulcus rodens les caractères des cellules épidermiques. En tout cas, nous ne trouvons pas ici les dégénérescences cellulaires considérables qui déterminent l'état criblé et certaines variétés de kystes si fréquemment rencontrés dans l'ulcus rodens. Par contre, dans celui-ci nous n'avons constaté l'existence ni de la bandelette hyaline péri-alvéolaire, ni les blocs et les tractus hyalins, ni la dégénérescence hyaline

des parois des vaisseaux intra-alvéolaires qui donnent à nos tumeurs un aspect si spécial.

Une dernière question doit enfin se poser relativement à la multiplicité des tumeurs. Cette multiplicité est-elle due à la production d'une série de tumeurs naissant primitivement dans l'épiderme; ou est-elle le résultat de la formation de tumeurs secondaires nées aux dépens d'éléments néoplasiques issus de la première tumeur et transportés à distance par les voies lymphatiques? Cette dernière hypothèse, plausible à la rigueur pour expliquer le développement des nodosités néoplasiques très voisines, devient tout à fait insuffisante quand il s'agit de noyaux développés presque simultanément et à de grandes distances les uns des autres. Pourquoi d'ailleurs ces éléments néoplasiques susceptibles d'être transportés et de végéter dans des régions du derme éloignées de la tumeur initiale, n'iraient-ils pas tout aussi bien coloniser dans les ganglions lymphatiques correspondants? Or la généralisation ganglionnaire ne s'observe pas. Nous pensons donc qu'en général la multiplicité des néoplasmes est la conséquence du développement d'une série de nodosités nées primitivement dans l'épiderme ou les follicules pileux.

Étiologie.

Les malades sont pour la plupart des femmes, car nous trouvons 11 femmes et 4 hommes.

L'âge d'apparition des tumeurs varie de 12 ans (Rafin) à 54 (Barlow); en moyenne il a été de 28 ans. Du reste, leur début peut fort bien ne pas être remarqué à cause de leur indolence, et c'est par hasard qu'on les découvre.

L'hérédité a été constatée par Spiegler qui a observé chez le père et la fille des tumeurs qu'il a pu étudier microscopiquement dans les deux cas, et par Barrett et Webster chez la mère et ses deux filles. Notre malade nous a dit que son père avait des tumeurs analogues, mais nous n'avons pas pu le voir.

Dans le premier cas de Spiegler la première tumeur est survenue dans la cicatrice d'une plaie contuse. Dans d'autres cas les tumeurs ont apparu ou ont pris un accroissement plus rapide à la suite d'une maladie générale, fièvre typhoïde (Poncet, Mulert), diphtérie (Koulnieff) ou de l'accouchement (obs. pers., Barrett et Webster). La maladie durait, au moment de l'observation, depuis 3 ans seulement dans notre cas, depuis 36 ans chez le malade de Poncet, en moyenne depuis 18 ou 19 ans.

Description.

Le type de tumeurs que nous décrivons débute d'une façon tout à fait insidieuse; dans notre cas, il y avait quelques démangeaisons,

et un peu de cuisson dans le cas de Barrett et Webster, mais le plus souvent c'est par hasard qu'on s'est aperçu de leur présence. Dès ce moment les tumeurs se multiplient et augmentent de volume lentement et progressivement, parfois plus vite sous l'influence d'une maladie générale. La malade de Seitz racontait que pendant 10 ans les tumeurs disparaissaient et reparaissaient alternativement presque tous les ans. Chez la malade de Barrett et Webster, certaines tumeurs disparaissaient tandis que d'autres se montraient en plus grand nombre. A part ces deux exceptions, l'accroissement a toujours été progressif et sans recul.

Dans tous les cas les tumeurs ont débuté par le cuir chevelu ou le front à la lisière des cheveux, et c'est au cuir chevelu qu'elles sont restées les plus nombreuses et les plus volumineuses. Dans le seul cas de Rafin elles se sont montrées au scrotum 10 ans avant le cuir chevelu. Suivant les cas, il n'y en a qu'une demi-douzaine (obs. pers., Spiegler, obs. II), ou bien on en trouve un grand nombre, 60 (Poncet-Bérard) ou 84 (Mulert). En dehors de cette région de prédilection on en trouve aussi, plus disséminées, sur la face, le cou, la nuque (Nasse), sur le tronc, notamment le dos (Poncet, Koulnieff, Spiegler), sur les membres supérieurs et inférieurs (Poncet, Rafin), sur le scrotum (Rafin). Les tumeurs du cuir chevelu sont en général beaucoup plus volumineuses que celles de la face ou du tronc; cependant dans le cas de Poncet-Bérard il y en avait de très grosses sur le sternum, les flancs et les membres inférieurs.

Les plus petites tumeurs sont presque invisibles, elles soulèvent à peine la peau et on les sent à la palpation sous forme d'un nodule ferme profondément enfoncé dans la peau qui se laisse légèrement plisser à sa surface, offre à peine une teinte rosée et conserve ses cheveux.

Les grosses tumeurs ont le volume d'une noisette ou d'un œuf, voire d'une mandarine. Elles sont franchement saillantes, sessiles ou un peu pédiculées. Leur couleur est pâle, rosée ou d'un rouge violacé qui les a fait comparer à des tomates. Elles sont arrondies ou bosselées, lobulées comme des pommes de terre. La peau qui les recouvre est amincie, tendue, parcourue de veines dilatées et le plus souvent tout à fait dépourvue de cheveux, la compression les ayant fait disparaître. Les tumeurs font corps avec la peau mais sont parfaitement mobiles sur le crâne, leur consistance est variable : jamais dure, généralement ferme comme un fibrome modérément dur, quelquefois molle comme un kyste sébacé enflammé, ou comme une tumeur de fibroma molluscum; elles sont toujours indolentes, sauf le cas d'inflammation accidentelle. Quand les tumeurs sont très nombreuses, la tête en est toute couverte et bosselée; elles forment comme une couronne de tomates surmontant le front. Il

suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir les figures du mémoire de Spiegler ou celles qui sont reproduites par Hutchinson. Dans les intervalles des tumeurs les cheveux sont conservés et jaillissent en mèches de ces intervalles. Quand les tumeurs sont très nombreuses et tassées, elles se compriment et se déforment réciproquement, les surfaces de contact sont macérées, suintantes, sécrétant un liquide fétide, quelquefois ulcérées superficiellement. Il n'y a cependant pas de tendance à l'ulcération et les plaies accidentelles se ferment facilement. Les ganglions lymphatiques sont indemnes, et si dans le cas de Poncet et Bérard ils étaient gros et douloureux, il s'agissait manifestement d'inflammation banale due aux érosions des surfaces de contact.

Les tumeurs du tronc offrent les mêmes caractères que ceux de la tête, mais elles sont généralement plus petites et toujours plus clairsemées.

La maladie dure indéfiniment, les tumeurs augmentant toujours de nombre et de volume sans amener aucune altération de la santé générale. Dans notre cas elles ne dataient que de trois ans, mais elles étaient peu nombreuses et fort petites; dans les autres observations publiées le début remontait à 10, 30 et même 36 ans, comme dans les cas de Poncet-Bérard.

Les tumeurs excisées ne se reproduisent pas, même quand l'extirpation a été incomplète, comme chez le malade de Poncet qui s'est borné à la fin à enlever les tumeurs à la curette.

Il s'agit donc de tumeurs bénignes qui ne se généralisent pas et ne mettent pas la vie en danger. Cette absence de généralisation maligne fait penser que la multiplication des tumeurs n'est pas due à une infection partie de la première lésion, que chaque tumeur croît isolément et pour son compte, et il est à prévoir que l'extirpation complète de la première lésion, quand elle est seule, ou de toutes les lésions existantes à un moment donné, ne met pas à l'abri de l'apparition ultérieure de nouvelles tumeurs.

Diagnostic clinique.

Parmi les tumeurs multiples du cuir chevelu, les plus communes, les plus connues et celles qui ressemblent le plus à celles qui nous occupent sont les loupes ou kystes épidermiques. Elles apparaissent de même dans la jeunesse, sont nettement héréditaires, augmentent graduellement de nombre et de volume, restant indolentes et n'altérant pas l'état général. Mais leur consistance suffit généralement à les faire distinguer: les petites loupes jusqu'au volume d'une noisette et quelquefois au-dessus sont beaucoup plus dures et mieux limitées que celles qui nous occupent; les grosses loupes sont arrondies, non lobulées, elles sont mieux limitées, et quand elles cessent d'être

dures, c'est pour devenir fluctuantes et non pâteuses; enfin leur couleur est toujours pâle, jamais rouge, sauf le cas d'inflammation aiguë et suppurative et il n'y a pas de varicosités à leur surface. Quand on les opère, les loupes se laissent énucléer avec la plus grande facilité, et quand on fait une coupe des tumeurs on trouve dans les loupes un tissu corné, dur, nacré, massif ou creusé au centre d'une large cavité remplie de liquide, tandis que dans nos épithéliomes, il s'agit d'un tissu blanchâtre mou, fournissant des grains de semoule à la pression.

Traitement.

Comme pour la plupart des néoplasies, l'extirpation est le seul traitement possible. Elle ne présente aucune difficulté spéciale, la cicatrisation se fait bien et les tumeurs ne récidivent pas. Cependant quand les tumeurs sont volumineuses et couvrent le cuir chevelu, serrées les unes contre les autres, l'excision au bistouri correspondrait à un véritable scalpage; il nous paraît utile dans ces cas de suivre l'exemple de Poncet et de se borner à un curettage qui n'enlève que la néoplasie en respectant les moindres espaces de peau saine et qui permet d'enlever toutes les tumeurs avec le minimum de délabrement.

SUR LA BLASTOMYCOSE CUTANÉE

Par le Dr J. **Méneau** (de la Bourboule).

Bien que de connaissance relativement récente, la Blastomycose a donné lieu à de nombreux travaux, surtout en Amérique où, comme nous le verrons, elle est de beaucoup plus fréquente. Elle a été étudiée aussi en Allemagne, en Italie et en Espagne, mais plutôt au point de vue de la pathologie générale. Très peu connue en France, elle n'y a pas été, que je sache, l'objet d'une revue d'ensemble. Le présent travail a pour but de combler cette lacune, en mettant au point l'état actuel de nos connaissances sur la blastomycose de la peau, sans insister sur les rapports du champignon avec la production du cancer, les données actuelles étant encore trop incertaines pour entraîner la conviction.

Historique. — Le rôle des sporozoaires en pathologie cutanée n'est pas connu depuis longtemps (1892). Wernicke (1) paraît avoir le premier attiré l'attention sur leur importance, à propos d'un cas de mycosis fongoïde, dans lequel il trouva, pendant la vie, de grandes quantités d'organismes très nettement différenciés dans les lésions cutanées et dans les ganglions inguinaux excisés. Les lésions pathologiques consistaient surtout en néoplasmes de l'ordre des granulomes.

Dans un cas regardé par Duhring comme un scrofuloderme, Gilchrist (2) démontra (1894) la présence d'organismes ; il émit l'idée qu'ils appartenaient au monde végétal et en fit des parasites pathogènes.

Busse (3), trois mois après, publia un second cas analogue. Il s'agissait d'une femme de 31 ans, de famille saine, mais de constitution scrofuleuse. La maladie, qui dura treize mois, avait débuté par un gonflement sur le tibia gauche, suivi d'épanchement dans l'articulation du genou du même côté. La malade maigrit rapidement ; d'autres foyers apparurent dans d'autres os et la malade mourut de consomption. L'autopsie fut faite. Le microscope décela de grandes quantités d'organismes qui furent cultivés et inoculés. Busse conclut que cette maladie insolite était produite par une espèce de levure, ayant occasionné des lésions de la peau, de la cornée, du genou, des poumons, des reins et de la rate, rappelant la pyohémie chronique et lui donna le nom de Saccharomycose de l'homme.

Buschke (4), étudiant le cas précédent, en profita pour donner une classification des mycoses dues aux levures qui sévissent sur l'homme et sur les animaux.

Il range le blastomyces, producteur de la dermatite qui nous occupe, parmi les formes bourgeonnantes occasionnant des modifications locales de tissus.

Busse fut suivi par San Felice (5). Celui-ci démontra que les champignons de levure (Blastomycètes) pouvaient être pathogènes pour le cobaye.

Il fit aussi des cultures positives sur goutte pendante et observa un mode de développement par bourgeonnement. Il prouva leur prédilection pour les espaces lymphatiques et conclut en disant que les cellules de levures et les corps trouvés dans le cancer avaient une très grande analogie.

Puis vint un travail de Fermi-Aruch (6), qui montra que certaines levures pouvaient être pathogènes pour le cheval. Maffucci-Sirleo (7) confirmèrent les recherches de San Felice (5), prouvèrent à sa suite que les champignons de levure étaient pathogènes pour le cobaye, et décrivirent le parasite, en le différenciant de ceux trouvés dans le sarcome et le carcinome.

D'autres observateurs ont essayé de prouver que ces parasites pouvaient provoquer différentes lésions chez l'homme. Corselli et Frisco (8) les ont trouvés en grandes quantités dans un cas de sarcome des ganglions mésentériques. Ils obtinrent des cultures pures et des inoculations positives chez les animaux. Roncali (9) a rapporté un cas d'adénocarcinome de l'ovaire, dans lequel il put déceler de grandes quantités de blastomycètes ; mais il n'est pas fait mention de cultures ni d'inoculations.

Curtis (10) a cherché à prouver que les blastomycètes étaient la cause des tumeurs myxomateuses survenues chez un homme.

Lydia Rabinowitch (11), expérimentant sur cinquante espèces de levures pathogènes pour les animaux, conclut en disant que les cellules de levures sont faciles à distinguer sur les préparations fraîches et qu'on doit préférer ce mode d'examen.

Charrin et Ostrowsky ont observé chez l'homme un abcès sous-maxillaire contenant dans le pus de grandes quantités d'oïdium albicans.

Tokishigi (12) a étudié un organisme analogue survenant dans les abcès nodulaires d'une maladie fréquente chez les chevaux du Japon, la blastomycose de la muqueuse nasale; bien qu'il n'ait pu démontrer de mycélium dans le pus ou les tissus, il a observé sur ces cultures la poussée d'un thallus très net.

Mais le travail le plus important de cette époque (1896) est dû à Rixford et Gilchrist (13) (14) (15), dans lequel fut absolument décrit et classé l'organisme dans la famille des levures. L'ouvrage est magnifiquement illustré de dessins permettant de saisir le blastomyces à tous les degrés de son développement dans les tissus qu'il

a envahis et dans lesquels il a produit une poussée inflammatoire.

Du reste, en 1898, Gilchrist, en collaboration avec Stokes, revint sur cette question (16) (17). Il aboutit aux mêmes conclusious, mais il donne le résultat de l'inoculation expérimentale sur les cobayes, moutons, chiens, chevaux et porcs. Il classe l'organisme parmi les levures, décrit les éléments, leur mode de développement et différencie les corps protoplasmiques de ceux qu'il avait vus précédemment, par ce fait que, dans leurs multiplications sur les différents milieux, ils produiraient un mycélium et des conidies.

Gedeon Wells (18) décrivit la même année l'histoire clinique d'un malade, l'histopathologie des lésions, le parasite qui se distinguait par un plus petit volume de ceux précédemment décrits.

La même année encore (1898), Buschke (19) présenta au Congrès de Strasbourg une nouvelle observation de blastomycose avec remarques sur la pathogénie.

Hessler (20) cita un cas dans lequel il trouva un organisme identique à celui de Gilchrist. Puis vint le très important travail de Hyde, Hektoen et Bevan (21) qui réunit 7 nouvelles observations. Ils concluent en établissant l'autonomie de la dermatite blastomycétique, son origine parasitaire due à un végétal de la famille des levures, ses rapports avec la tuberculose cutanée, l'importance du traitement iodo-potassique.

En 1900, Ophüls et Maffit (22) démontrèrent qu'il était possible par des inoculations successives de reproduire la maladie, en insistant sur les différences de résultats obtenus suivant qu'on utilisait le tissu ou les cultures.

Au Congrès de Paris de 1900, Hyde et Ricketts (23) publièrent deux nouveaux cas de blastomycose et firent un résumé des faits connus jusqu'à cette époque.

Enfin, en 1901, Buschke (24) fit à la Société dermatologique de Berlin une communication analogue dans laquelle il chercha à déterminer les formes de l'affection, et les types qui s'en rapprochent. Tels sont les travaux les plus importants publiés sur le sujet. Les citer tous eût été difficile, car la bibliographie de la question est beaucoup plus vaste. On trouvera à la fin de cette étude, la plupart des sources bibliographiques de la question.

Description d'ensemble. — La maladie a surtout été observée en Amérique. Elle affecte la peau seule ou s'étend à d'autres organes. Les hommes sont de beaucoup les plus atteints. L'âge moyen de la vie est le plus fréquent. Le processus chronique peut s'établir sans aucun antécédent morbide ; on a cependant parfois noté la tuberculose familiale. La durée de la maladie varie de cinq à dix ans.

L'affection débute par une maculo-papule de teinte rougeâtre qui suppure par la suite en laissant une ulcération persistante. Les

régions le plus fréquemment atteintes sont la face, le dos de la main et de la jambe. Mais la maladie a débuté aussi par le cou, les membres, le scrotum.

La main semble jouer un rôle important au point de vue de l'étiologie ; car, même n'étant pas atteinte, elle peut porter ailleurs le germe morbide et y provoquer une infection secondaire. C'est toujours le dos de la main qui est pris, peut-être parce que la peau y est moins dure qu'à la paume.

Les surfaces malades sont rouges, verruqueuses, végétantes, saillantes, séparées du reste de la peau par une aréole de teinte violacée bien définie, descendant en talus sur la peau saine. Du côté interne, le plus malade, la surface est humide, granuleuse ou bien présente des parties discoïdes rougeâtres ou cicatrisées avec, çà et là, des élevures verruqueuses, semblables à celles du bord externe. Les parties malades laissent exsuder à la pression un liquide visqueux, contenu dans de petits abcès gros comme une pointe d'aiguille, situés peu profondément.

La cicatrice est mince, blanchâtre, atrophique, sur les points premièrement envahis. La maladie peut simuler la tuberculose verruqueuse ou l'épithéliome, car elle affecte deux types distincts.

Si la maladie est produite par des levures, elle prend le type ulcératif débutant à peu près comme l'acné, progressant plus ou moins vite, aboutissant à la pustule, ou elle commence par des tumeurs qui deviennent ulcéreuses par la suite.

Un type différent (cas de Gilchrist) paraît dû à des oïdies et à des parasites ressemblant à des moisissures ; celui-ci rappelle la tuberculose verruqueuse. Sur des plaques plus ou moins grandes, se développent des prolongements papillaires, s'ulcérant au centre, s'abcédant ou guérissant simplement avec cicatrice, tout en progressant à la périphérie. Ainsi dans le 1er type, il y a surtout tumeur, ulcération ; dans le 2e, c'est l'excroissance papillaire qui est le trait saillant.

A ces différences macroscopiques correspondent des différences microscopiques.

Dans les mycoses à levures, on note surtout une forte infiltration, et une grande quantité de parasites ; les réactions inflammatoires ont peu d'intensité.

Dans les mycoses à oïdies, on note, avant toute chose, une forte prolifération de l'épithélium ; dans le derme, formation d'abcès miliaires et présence de cellules géantes ; les parasites sont beaucoup moins nombreux que dans la première catégorie.

L'évolution clinique elle-même est différente. Dans les mycoses à levures, le processus est beaucoup plus virulent, la marche beaucoup plus rapide que dans les mycoses provoquées par des oïdies.

Mais elles sont beaucoup plus favorablement influencées par l'iodure que les premières.

Les levures subissent des fermentations, ce que ne font pas les moisissures dont l'aspect rappelle les trichophytons. On doit donc théoriquement distinguer deux groupes de blastomycoses, mais il existe entre elles des faits de passage.

Les lésions sont infiltrées de blastomycètes, sortes de corps sphériques de 10 à 20 μ, à protoplasma central, souvent pourvus de bourgeons, accouplés généralement. Ces corps ont une membrane, un contenu finement granuleux, anucléé, parfois vacuolisé. Les cultures sont faciles sur tous les milieux. Le parasite est aérobie, mourant à 54° ; il ne produit pas la fermentation du lait et ne liquéfie pas la gélatine. Sur milieux liquides, il donne un mycélium qui paraît dû à l'élongation des éléments cellulaires ; ce mycélium est parfois segmenté avec fausses ramifications. Le parasite est pathogène pour les animaux de laboratoire.

Comme lésions histologiques, on trouve des leucocytes polymorphonucléaires, dont l'agrégat donne les abcès miliaires, des cellules géantes et parfois des plasmazellen.

Le pronostic est variable. Dans les formes généralisées, la mort est la règle ; dans celles qui restent localisées à la peau, la guérison survient parfois spontanément, ou à la suite d'un traitement soit médical, soit plutôt chirurgical.

Étiologie. — L'étiologie est inconnue. On a invoqué les défauts d'hygiène, l'habitude de mordiller des graines de céréales (25), l'absorption de poussières du blé (26), les traumatismes (26).

La maladie atteint surtout les hommes, plus exposés par leur manière de vivre, leurs professions à l'infection (laboureurs, fermiers, manœuvres, charpentiers, grainetiers, propriétaires ruraux). Rixford (13) et Maffit (22) avaient signalé l'origine portugaise de trois de leurs malades, natifs des Açores, mais il faut remarquer que l'un avait vécu six ans et l'autre quatorze ans en Californie, avant l'apparition de la maladie ; qu'un autre malade, allemand d'origine, et venu en Californie dès son enfance, n'avait eu besoin d'aucun contact avec ces Portugais pour attraper la maladie. L'âge des malades est l'âge moyen de la vie (31 à 64). Ce qui semble actuellement le plus probable, c'est l'influence du climat californien. Les cas de Montgomery (25), Rixford et Gilchrist (13), Ophüls et Moffit (22) concernaient des malades habitant les vallées de San-Joaquim ou de Santa-Clara qui s'étendent parallèlement et viennent toutes deux s'ouvrir sur la baie de San-Francisco. Mais nous n'en savons pas davantage pour le moment. Les antécédents tuberculeux sont rares, la syphilis exceptionnelle.

La maladie est auto-inoculable. L'organisme, envahissant d'abord

soit la face, soit la main, est transporté par celle-ci sur d'autres points du corps (scrotum, face interne de la cuisse, antérieure de la jambe, épaule), ou bien l'infection se fait secondairement à la main par la face dorsale dont la peau est plus mince que celle de la paume.

Pathogénie. — La blastomycose est due à la présence et au développement de champignons, que l'on a constamment pu isoler et souvent reproduire par culture ou par inoculation. Mais on a pu se demander si l'affection était due au champignon seul ou bien s'il n'existait pas d'état morbide antérieur facilitant l'invasion microbienne. A cela, aucune réponse absolue n'est possible, car on n'a pas encore osé inoculer l'homme sain pour tenter de reproduire chez lui la maladie.

La syphilis, le cancer ont rarement été signalés dans les observations, mais il n'est pas permis d'en conclure que la blastomycose ne peut pas venir compliquer ces processus morbides (27), d'autant que les cocci du pus coexistent avec le champignon, et qu'il n'y a pas d'impossibilité à ce que les abcès provoqués par le champignon-levure coexistent avec le sarcome ou l'épithéliome modifiés, mais on n'est cependant pas autorisé jusqu'ici à attribuer au blastomycète soit par infection directe, soit par infection secondaire, la genèse des tumeurs malignes à types connus.

On ne peut pas regarder les champignons trouvés dans la blastomycose comme des formes de dégénérescence des cellules épithéliales pour plusieurs raisons. On les trouve dans toutes les parties de la peau, à l'intérieur des cellules géantes et des abcès. Ils sont toujours entourés d'une matière inflammatoire, mais surtout dans les abcès miliaires. Ils se reproduisent par bourgeonnement. Ils sont beaucoup plus petits que les cellules épithéliales et se rapprochent davantage des dimensions du noyau de ces cellules. Sous leur forme adulte, ils présentent certains caractères constants : capsule à double contour, espace réfringent, vacuole, protoplasma.

Le mode de développement par bourgeonnement doit les faire ranger parmi les levures ou blastomycètes.

Les différences dans le mode de développement expliquent peut-être les différences de virulence.

Symptomatologie. — Quel que soit le siège du début des lésions, celles-ci se révèlent d'abord par une ou plusieurs papules, ou papulo-pustules, de forme ovale, en nombre variable, généralement indolores, parfois cependant sensibles au contact, non prurigineuses, s'ulcérant rapidement.

La base de la lésion est formée par des grappes de papilles hypertrophiées, grosses comme une tête d'épingle, de petits abcès sous-cutanés situés dans les espaces interpapillaires, la pression fait sourdre un liquide séreux, séro-purulent ou sanguin. Les bords de la

lésion sont rouges, élevés, indurés, modérément infiltrés, limités intérieurement par une croûte mince recouvrant une ulcération superficielle, se terminant insensiblement par un talus en pente douce du côté extérieur. Le centre est constitué par des croûtes épaisses jaunâtres recouvrant des masses protubérantes dues à une hypertrophie considérable de l'épiderme, dans les régions à peau mince et dans les formes à marche rapide, beaucoup moins marquée dans les autres, séparées par des plaques de peau tendue, souple et brillante, avec, çà et là, des pustulettes, rompues ou flasques, remplies d'un liquide jaune pâle, se vidant et se recouvrant d'exsudat croûteux analogue aux abcès des espaces interpapillaires.

L'aspect général rappelle celui de la tuberculose cutanée, l'anthrax ou les tumeurs semi-globulaires de l'érythème noueux, ou encore l'adénite suppurée, bien que la fluctuation n'y soit jamais aussi intense, suivant l'abondance des fongosités et des masses caséeuses qu'elles contiennent : ou bien la lésion rappelle les tumeurs en tomate du mycosis fongoïde, à sommet ulcéré, bords déchiquetés, évasés, avec base recouverte d'une croûte épaisse. La pression fait rompre la tumeur à la base ; l'ulcère évacué montre alors une surface granuleuse comme l'intérieur d'une figue, suintant du sang et du pus jaunâtre. Il existe souvent par places du tissu cicatriciel mince. Si la lésion guérit, elle peut conserver l'aspect muqueux et ne laisser qu'une légère pigmentation. Elle n'est jamais adhérente aux plans sous-jacents.

Les muqueuses conjonctivale et bucco-nasale résistent longtemps mais peuvent être finalement intéressées. La destruction des paupières amène un écoulement de larmes continuel et les lésions conjonctivales aboutissent à du chémosis.

L'extension se fait par la périphérie ; mais la maladie peut guérir à mesure qu'elle s'étend en laissant une cicatrice rarement hypertrophique, ferme ou épaisse, rouge, plus souvent atrophique, blanche, mince. Cette rétrocession peut être spontanée. Les régions guéries peuvent être à nouveau envahies. L'amélioration est toujours lente.

Siège. — La lésion siège surtout à la face (joues, tempes, lèvres, paupières), puis par voie de fréquence à la face dorsale des mains, aux jambes, à la cuisse, au pied, au scrotum, à la fesse et à la partie supérieure du dos. Plusieurs régions peuvent être intéressées en même temps chez un même malade. Les deux côtés du corps ont été également atteints.

Durée. — La maladie a duré de dix mois à vingt ans.

Anatomie pathologique. — Les lésions les plus frappantes consistent en une hypertrophie considérable de la couche papillaire, des espaces interpapillaires très accusés, des abcès miliaires disséminés dans la couche de Malpighi et dans le chorion. Si l'on entre dans le détail, on voit que : 1° la couche cornée est parfois mince,

plus généralement épaissie. Elle contient des débris granuleux, de nombreuses bactéries, du sang, des amas de cellules cornées, des leucocytes polynucléaires formant, entre cette couche et la couche muqueuse, de petites collections de pus avec des détritus nucléaires, de nombreux polynucléaires disséminés, des mononucléaires ; de grosses cellules nucléées plates, des granulations de kératohyaline, et quelques organismes à différents stades de développement.

Sur les parties ulcérées elle se creuse en formant une sorte de dépression cratériforme, avec des masses de cellules épithéliales irrégulières sur les bords et, au centre du tissu inflammatoire, de débris nécrotiques, de matière cornée et de leucocytes.

2° Le stratum lucidum manque généralement.

3° La couche granuleuse est épaissie proportionnellement à la couche muqueuse.

4° La couche muqueuse a un épithélium considérablement hypertrophié, à cônes interpapillaires ramifiés, très allongés ; elle contient des abcès miliaires dont la période préformative est représentée par de petits agrégats de leucocytes polynucléaires.

Les cellules épithéliales sont grosses, à épines bien marquées et noyaux bien colorés, mitoses fréquentes ; les espaces intercellulaires sont agrandis. On trouve de nombreuses cellules vacuolées. Cette couche suit les méandres de la couche papillaire et la revêt comme une véritable gaine. Elle est œdématiée et infiltrée de cellules migratrices.

La paroi des abcès est formée de cellules épithéliales. Ils contiennent de grosses cellules épithélioïdes, des cellules vacuolées rompues et envahies par les polynucléaires, quelques cellules géantes, des corps à double contour, isolés ou groupés, réfringents, ovoïdes, de 10 à 20 μ de diamètre, vacuolés ou bourgeonnants. Les Mastzellen sont plus ou moins nombreuses. On trouve aussi des parasites enkystés dans ou entre les cellules épithéliales.

La limite entre l'épiderme et le derme est assez confuse, à cause de l'excès d'infiltration de chacune de ces couches ; l'épiderme paraît plonger dans le derme.

5° Le chorion montre des cônes papillaires irréguliers de forme et de dimensions, des masses de cellules granuleuses contenant de petites cellules rondes, beaucoup de polynucléaires et un exsudat inflammatoire aigu de même composition que les abcès. Ceux-ci sont analogues à ceux de la couche muqueuse, mais moins nombreux. Ils sont constitués par les foyers d'accumulation des leucocytes, sont de forme ronde ou ovale et contiennent, outre l'organisme, des polynucléaires, des cellules ovales à noyaux vésiculeux et des cellules géantes.

Des prolongements épithéliaux ramifiés, sinueux, contournés,

réunissent les cellules épithélioïdes profondes avec les couches superficielles, de même qu'ils les réunissent entre elles dans la couche cornée.

Le chorion contient en outre : des vaisseaux sanguins dilatés et de nombreuses cellules géantes du type tuberculeux, avec centre caséeux contenant les organismes et, autour du centre, des cellules géantes et des cellules épithélioïdes, des cellules éosinophiles nombreuses dans les vaisseaux et les tissus environnants, de très nombreuses cellules d'épithélium et des plasmazellen.

Autour des vaisseaux qui sont fortement congestionnés, on voit de gros amas cellulaires surtout composés de cellules de pigmentation, des leucocytes polynucléaires et des détritus nucléaires. Il y a production de nouveaux vaisseaux, dont le calibre est parfois obstrué par des lymphocytes.

Beaucoup d'éosinophiles sont situés en dehors et en dedans des vaisseaux. On trouve aussi quelques mastzellen, quelques cellules géantes, beaucoup de figures de karyokinèse dans les cellules du tissu de granulation et çà et là des sphères hyalines en groupes circulaires. Dans le voisinage des follicules pileux et des glandes sébacées, on voit des Mastzellen plus ou moins nombreuses, mais non constantes. Les cellules polymorpho-nucléaires et les Plasmazellen varient de quantités, suivant les cas. Le tissu conjonctif dont les cellules jeunes ont proliféré contient aussi quelques cellules géantes. Les Plasmazellen sont groupées en gros amas à la périphérie et aux parties les moins réagissantes de la lésion. Elles semblent former une zone protectrice limitante du tissu fibreux. Elles ne sont du reste pas constantes.

Les fibres du tissu élastique sont rétractiles, courbes, assez courtes, d'épaisseur variable au centre des papilles et dans les autres parties du chorion. Elles disparaissent dans les points où l'infiltration est le plus prononcée.

Le tissu inflammatoire situé entre les masses épithéliales du chorion et le coussinet graisseux sous-cutané contiennent de très nombreuses Plasmazellen agrégées ou disséminées, surtout dans les parties où l'inflammation est subaiguë.

La lésion offre un aspect un peu différent suivant que le processus est à marche lente (variété papillomateuse) ou rapide (variété ulcérée). Dans la première, c'est l'hypertrophie papillaire qui domine avec hyperkératose des follicules pileux. Dans la deuxième, c'est la quantité d'abcès miliaires ; les parasites y sont toujours plus nombreux.

La composition de l'abcès varie aussi suivant le siège.

Les abcès sous-cutanés contiennent du tissu conjonctif, du tissu élastique et l'organisme. Les abcès intra-épithéliaux contiennent,

outre l'organisme, des leucocytes polymorphonucléaires, des cellules épithéliales libres, de la fibrine, des détritus nucléaires et protoplasmiques. Enfin, si l'abcès communique avec la surface cutanée, il contient en abondance les cocci du pus.

Bactériologie. — *Vue d'ensemble.* — L'organisme se compose essentiellement d'un amas granuleux central de protoplasma, souvent vacuolé, mais non nucléé, séparé par une zone réfringente claire d'une membrane limitante à double contour. Il est pathogène pour les petits animaux (cobaye, souris, lapin). Il pousse sur tous les milieux, mais surtout sur agar et sur pomme de terre. On le rencontre à l'intérieur ou dans le voisinage des abcès miliaires, dans l'épithélium sain. Il existe aussi parfois, mais beaucoup plus rarement, à l'intérieur des cellules géantes. On l'a vu libre dans le tissu conjonctif. Il se développe par bourgeonnement. Il modifie l'épithélium en l'hyperplasiant, souvent avec surproduction des éléments du rete plongeant dans le chorion et en modifiant par l'inflammation toutes les parties de la peau (23).

Description du parasite. — Le parasite décrit pour la première fois par Rixford et Gilchrist et rangé par eux parmi les levures (13), doit être distingué de ceux décrits par Darier, etc., qui sont des coccidies. Dans sa forme adulte, il se compose, comme nous l'avons vu, d'une capsule enveloppante à double contour. Il est alors sphérique et large de 15 à 25 μ. Entre la capsule et le protoplasma, se trouve une zone réfringente claire, homogène, assez difficile à colorer, qui varie eutre 1 μ et 3 μ d'épaisseur. Le protoplasma granuleux central limité par la couche claire est, lui, facile à colorer. Il a une largeur de 7 à 21 μ et se compose d'une pure substance cellulaire au milieu de grosses granulations plus fortement colorées. Au centre de l'organisme, Rixford et Gilchrist ont décrit une vacuole recouverte d'une mince couche de sporozoïtes de 2 μ d'épaisseur. Elle a une forme ovale ou étranglée par le milieu. Sa longueur est de 6 μ, sa largeur de 4. Elle est limitée par une très fine membrane. La capsule limitante, à contours circulaires, a de 0,6 à 0,8 μ d'épaisseur.

Le parasite est toujours en quantités beaucoup plus grandes dans les organes internes, dans le cas de généralisation, que sur la peau ; mais sa contagiosité est toujours faible.

On ne lui a pas vu de mouvements amiboïdes ; les corps trouvés dans et entre les cellules épithéliales n'ont donc pu y être transportés que mécaniquement, à travers quelque abrasion de la peau. Il est aérobie et pousse surtout vers 40°. Il meurt à 54° C. ; la gelée ne le tue pas.

L'organisme est le même dans les tissus et dans les cultures.

Ses dimensions ne sont pas identiques quand il pousse ou quand

il est arrivé à maturité ; il diffère surtout, quand il est cultivé artificiellement, suivant les milieux.

Habitat du parasite. — La maladie blastomycétique n'est pas toujours limitée à la peau. Elle peut se généraliser, envahir secondairement par métastase les organes internes. Suivant Buschke, il existerait même des infections intestinales primitives (19). Quel que soit son habitat, le parasite s'accompagne toujours de manifestations inflammatoires. Il est généralement extra-cellulaire, mais on l'a rencontré à l'intérieur des cellules géantes. Celles-ci ne présentent, dans ce cas, ancun signe de dégénérescence. On le rencontre surtout dans les parties supérieure et moyenne du derme, dans les abcès miliaires dermo-épidermiques et dans les amas leucocytaires préformatifs de l'abcès, beaucoup moins dans les lésions sous-cutanées, à la surface de la peau dans la couche cornée, les orifices pilo-sébacés et, sur les pièces fraîches, dans le pus.

La présence du parasite à l'intérieur des cellules épithéliales peut s'expliquer au moyen d'un transfert par la lymphe qui circule entre les cellules de l'épithélium.

Les formes adultes habitent, sur la peau, les abcès miliaires et dans les organes internes, les zones en train de se caséifier. Dans les abcès miliaires, on a compté de 4 à 15 parasites par abcès. Au début de leur formation, on voit les organismes entre les cellules épithéliales, entourés de leucocytes polynucléaires, isolés ou par groupes de 2 à 5.

Les spores filles se rencontrent surtout parmi les cellules de l'ulcère.

Formes. — Le parasite varie de *grandeur* suivant les milieux de culture qu'on emploie. Sa largeur moyenne est de 7 à 12 μ. Il est d'ordinaire plus petit sur les milieux liquides.

Suivant Rixford et Gilchrist, le parasite qui donne lieu aux processus aigus serait plus gros que celui des processus chroniques. Il existerait aussi une variété pyogène.

Il varie aussi de *forme*. C'est ainsi qu'on a vu des formes enkystées avec large vacuole repoussant le protoplasma contre la capsule, qui est moins épaissie, moins régulière, avec espace moins marqué entre elle et le protoplasma. Il existe aussi des formes rétractées avec vacuoles allongées. On a noté, mais rarement, dans le chorion, une orme très grande, de 30 μ de largeur, dans laquelle existaient des corps falciformes paraissant se recouvrir les uns les autres, homogènes, sans noyau ni vacuole, ressemblant aux coccidies du lapin.

Le parasite peut aussi présenter un revêtement fibroïde irrégulier, un protoplasma en demi-lune, en hémisphère, une vacuole bien claire et bien marquée.

Montgomery (26) a vu émerger des capsules des filaments rappelant les rayons de l'actinomyces, mais ces rayons émergeaient latéralement et non pas d'un centre. Il a aussi vu la capsule ratatinée, et le protoplasma comme brisé en petits morceaux.

Hyde et Ricketts (23) ont vu sur certains milieux pousser des hyphes aériennes en abondance. Dans d'autres conditions, un organisme a donné lieu à des corps ressemblant beaucoup à des protozoaires, en ce qu'ils contenaient de nombreux corps sphériques, fortement réfringents, qu'on pouvait aussi prendre pour des spores. Leur nature exacte est encore à déterminer.

Nature du parasite. — Le blastomycète ne doit pas être confondu avec les pseudo-parasites du cancer (14) (15) (16) (19) (24). Ceux-ci ne sont que des formes de dégénérescence de l'épithélium, et ressemblent même fort peu aux blastomycètes.

Ils ne sont pas limités aux cancers, car on les rencontre dans beaucoup d'autres maladies, et ils n'ont aucune uniformité. La culture et l'inoculation sont restées négatives. Enfin, on ne peut les déceler qu'avec des colorants spéciaux et avec de très grandes difficultés, tandis que la solution de potasse et n'importe quelle méthode de coloration usuelle permettent de démontrer rapidement la présence du blactomyces.

Pour Roncali (38), les corps soi-disant parasitaires ne sont que le résultat d'une dégénérescence hyaline du protoplasma cellulaire, qu'il a trouvée dans le cancer, le rhinosclérome, le scrofuloderme, etc.

Pour Buschke (19), la blastomycose n'a rien à faire avec l'étiologie du cancer.

Rixford et Gilchrist avaient fait de leur organisme une levure, se reproduisant par sporulation, avec cellules filles toujours très nombreuses (13) et proposèrent le nom de coccidioïdes immitis.

Gilchrist et Stokes avaient d'abord regardé leur organisme comme un oïdium parce qu'il formait un mycélium et ne faisait pas fermenter le sucre (16). Mais une étude plus approfondie (17) le fit ranger parmi les blastomycètes, les raisons précédentes ayant été démontrées non valables (11, 12). Du reste, il suffit de faire passer la culture par plusieurs générations pour voir disparaître le mycélium du début.

Buschke (19) classa l'organisme parmi les saccharomyces et les oïdies.

Hyde, Hektoen et Bevan (23) lui donnèrent le nom de Blastomyces Dermatidis.

L'organisme de la blastomycose a certains points de ressemblance avec les coccidies : membrane à double contour, contenu protoplasmique, zone réfringente claire, spores provenant de la capsule

externe, vie parasitaire dans les cellules et dans les tissus; mais on n'a jamais vu la sporulation indirecte, caractéristique des coccidies (13); on n'a pas trouvé de spores en famille, comme on en voit dans les genres Orthospora et Eimeria : Stiles n'y a pas trouvé de corps falciforme distinct. Il avait proposé le nom de micro-sporidie.

Les spores n'ont pas de membrane propre (gymnospores). Le mot de coccidioïde convient donc.

Pour Schneider, l'organisme décrit par Rixford et Gilchrist (12) appartiendrait aux :

Genre coccidioïdes;

Famille des monocystidées;

Tribu des polysporées;

Ordre des grégarinides;

Classe des sporozoaires.

Développement. — Le développement de l'organisme se fait par sporulations (13) ou par bourgeonnement. L'organisme, qui atteint 16 à 30 μ dans le premier cas, serait plus petit (12 μ en moyenne) dans le second (14, 15, 16).

Le développement par *sporulation* se ferait de la manière suivante. La capsule s'amincirait en un point et finirait par éclater. Immédiatement avant, l'organisme changerait de forme et deviendrait ovale. La capsule rompue, soit aux extrémités, soit sur les côtés de l'ovoïde, les sporozoaires filles (2 μ) sont mises en liberté, se mettent à grossir et s'entourent d'une capsule mince et délicate avec zone claire réfringente la séparant d'un protoplasma finement granuleux, difficile à colorer.

Suivant Gilchrist (16, 17) l'autre mode de développement serait le suivant : Amincissement de la capsule en un point, *bourgeonnement* du protoplasma. Ce bourgeon grandit, se sépare de la mère quand il a atteint au moins la moitié du volume de celle-ci et parfois un volume égal, puis s'en sépare par plissement de la capsule et augmentation de la ligne de division. Quelquefois un second bourgeon part d'un autre point de la même mère ou du premier point, pendant que celui-ci est encore attaché à la mère. Les cellules filles deviennent adultes en une heure (20).

Suivant Brayton, la blastomycose serait produite tantôt par des levures, tantôt par des moisissures (30). Il est actuellement impossible de savoir si les différentes formes de la maladie observées sont dues à des parasites différents ou à des variétés d'un même parasite. Ce mode de développement diffère donc du premier, en ce que les organismes se développent par sporulation à l'intérieur de la cellule mère et non en dehors. Ce dernier mode paraît être de beaucoup le plus fréquent.

Technique. — Les techniques les plus simples pour démontrer la

présence du parasite consistent dans l'emploi de la potasse à 5 p. 100 additionnée de glycérine par parties égales, et du bleu de méthylène polychrome de Unna. La première montre l'organisme sous forme d'un corps réfringent. Le second colore la capsule et le protoplasma en bleu, les grosses granulations en rouge.

La fuchsine phéniquée et le bleu de méthylène colorent la capsule en rouge, le protoplasma en bleu. Le bleu de méthylène et l'éosine colorent l'organisme en bleu, tout le reste en rouge.

Un des bons colorants du protoplasma est la safranine.

Par la potasse, le bleu de méthylène et l'éosine, l'organisme est coloré en rouge, les masses cellulaires en bleu.

Le colorant de Gabbett fait paraître la capsule en rouge, le protoplasma et l'organisme dans ses formes de reproduction en bleu.

On peut colorer les spores au moyen du Weigert.

Inoculation. — L'inoculation aux animaux de laboratoire a produit ou bien la mort par septicémie staphylococcique ou des lésions rappelant la pseudo-tuberculose (cellules épithélioïdes, cellules géantes, cellules lymphoïdes, centre caséeux).

Les organismes des lésions produites sur les animaux sont identiques à ceux des malades. On retrouve surtout l'organisme dans le pus.

Les cultures obtenues avec les résultats de l'inoculation peuvent rester négatives.

Cultures. — L'étude des cultures de l'organisme a surtout été faite par Hyde, Hektoen et Bevan (23) et par Montgomery-Ricketts (26). Elles ne donnent pas des résultats positifs constants. Les meilleurs milieux sont l'agar et la pomme de terre, mais l'organisme pousse presque sur tous.

AGAR. *Cultures plates.* — Colonies arrondies ou ovales, grossièrement mais uniformément granuleuses.

Sur agar-agar seul, l'organisme produit un léger pigment brun jaunâtre, qui se montre sous formes de fines granulations; à mesure que le pigment augmente, l'endospore disparaît.

Cultures obliques. — Surface grisâtre ou blanc jaunâtre, serpentant entre le verre et le milieu de culture. Au bout d'un certain temps, les masses duveteuses plongent dans l'agar ; elles se sont développées à la surface inférieure de la culture superficielle.

Cultures en stries. — Gonflements nodulaires le long de la traînée de piqûre. Aspect moniliforme; latéralement, il pousse de ce tronc effilé des ramifications délicates, comme les branches d'un arbre.

Cultures à l'étuve. — Hyde et Ricketts (23) décrivent les granulations irrégulières des cultures comme des vers emmêlés avec rayons poussant du centre de la culture vers les côtés et la profondeur.

A l'air libre, la culture est presque entièrement mycélienne,

tandis qu'elle donne surtout, à l'étuve, des formes sphériques.

Les cultures sur gélatine sont plus petites que sur agar.

Cultures en gouttes pendantes. — Le développement se fait avec ou sans mycélium.

Sur glycérine-agar et sur pomme de terre, Gilchrist et Stokes (16-17) ont vu de nombreux filaments ramifiés, d'abord clairs, puis contenant plus tard de nombreuses granulations fines ou des corps réfringents ronds plus gros, émerger des corps ronds ou ovales. En différents points, le long des côtés de ces hyphes, poussent de petits prolongements qui s'élargissent graduellement et finissent par former de grosses cellules rondes. Celles-ci restent attachées ou deviennent libres et ressemblent alors beaucoup aux cellules des tissus.

Sur *milieux liquides*, Hyde, Hektoen et Bevan ont vu des cellules-mères entourées de bourgeons libres ou accouplés dont beaucoup ressemblent à des cocci.

Ils peuvent donner naissance à des générations de petits organismes qui se disposent en chaînettes courtes et en amas irréguliers.

Sur le *liquide de Pasteur*, il pousse un mycélium paraissant dû à une élongation graduelle des cellules. Il se forme ainsi des corps cylindriques en bâtonnets droits ou courbes, plus rarement en longs filaments.

Sur *bouillon*, Hyde et Ricketts ont trouvé des mycéliums et des formes sphériques.

Sur milieux liquides, Gilchrist et Stokes (17) ont vu pousser un feutrage épais sans corps individuels et sur milieux solides un centre granuleux avec petites épines, poussant à la périphérie, ce qui donne aux organismes l'air de coques de marrons.

Il n'y a pas de formation d'alcool.

La gélatine n'est pas liquéfiée et le lait n'est pas coagulé.

L'iodure de potassium, qui améliore la maladie, diminue la quantité des organismes, mais ne les modifie pas.

La potasse à 1 p. 100 ne détruit pas le parasite, mais empêche son développement.

Autres formes de la maladie. — Des types ci-dessus décrits, on doit rapprocher les cas publiés par Posadas et de Amicis, analogues, mais non identiques.

Dans l'observation de Posadas (29), il s'agit d'un homme robuste, d'âge moyen, n'ayant jamais été malade, dont la peau entière se couvrit de tumeurs et qui mourut au bout de sept ans d'une généralisation de la maladie à tous les groupes de lymphatiques plus ou moins affectés, mais tous atteints, et aux viscères. Le nombre des tumeurs avait lentement augmenté jusqu'à la mort et la marche de la maladie avait été traversée de poussées aiguës avec hyperthermie.

Dans celle de de Amicis (33), à la suite d'un abcès du cou, il se

développa à la lèvre supérieure et au nez des nodules qui s'ouvrirent, laissant à nu une surface excoriée d'aspect granuleux, presque villeux, avec croûtes adhérentes recouvrant une surface purulente, saignant facilement.

Au point de vue histologique, dans le premier cas, il s'agit de nodules durs, blanchâtres, indolores, recouverts par de l'épiderme sain, la néoplasie siégeant dans le tissu conjonctif du derme. Les nodules du volume varient d'une tête d'épingle à celui d'une lentille; puis ils se confondent pour finir par constituer de grosses tumeurs ressemblant à des choux-fleurs et s'ulcèrent. On trouve les mêmes nodules sur les lymphatiques et dans les viscères.

Les lésions font penser à la tuberculose miliaire profuse (cellule géante centrale contenant le parasite entouré de cellules épithéliales et des cellules embryonnaires à la périphérie).

Dans le deuxième, on nota une hypertrophie considérable du corps muqueux avec prolongements épidermiques profonds ; îlots granulomateux dans le chorion, renfermant des cellules à double contour de 8 à 10 μ, à protoplasma finement granuleux, forme généralement sphérique, parfois irrégulière, dentelée sur les bords, à noyau falciforme.

La ressemblance de ce cas (33) est donc des plus frappantes avec la blastomycose, tant au point de vue clinique qu'au point de vue microscopique.

Le parasite du malade de Posadas est un protozoaire du groupe des sporozoaires, constitué par une sphère de protoplasma granuleux, sans noyau, entouré d'un kyste épais, biréfringent, d'un diamètre de 25 μ ; on le rencontre dans les tissus, dans l'intérieur des cellules géantes, ou en liberté, avec différentes déformations. La segmentation s'opère de deux façons différentes : elle est végétative, enkystée et détermine la psorospermose chronique, ou bien infectante, et alors, beaucoup plus active, elle détermine la psorospermose aiguë.

Dans le cas de de Amicis, on ne peut reconnaître le blastomyces d'une façon générale et les cultures sur divers milieux et les inoculations au cobaye restèrent stériles.

Associations pathologiques. — Anthony (23) a publié un cas de syphilis probable quoique non avouée, dans lequel les lésions, après l'évolution spécifique usuelle, prirent une marche envahissante, avec formations papillomateuses, ressemblant beaucoup, au point de vue microscopique, à de l'épithélioma.

Il s'agissait dans ce cas d'une infection secondaire par le blastomyces.

La description rappelle celle des syphilides cutanées végétantes de Kaposi.

Dwyer a comparé le yaws avec la blastomycose (27) et émis l'idée que le pian pourrait n'être que de la blastomycose.

Diagnostic. — 1° L'affection avec laquelle on peut le plus facilement confondre la blastomycose est la *tuberculose verruqueuse.* Gilchrist croit même devoir y faire rentrer les cas de tuberculose verruqueuse dont la preuve histologique n'a pas été faite.

La tuberculose verruqueuse est rarement multiple, plus souvent isolée. Elle commence par une papule qui devient pustuleuse et forme ensuite une croûte qui tombe.

Il se produit des excroissances papillomateuses. L'extension se fait lentement par la périphérie ; la pression latérale peut faire sourdre du pus d'entre les papilles. Mais les seules régions atteintes sont les mains, les avant-bras et les pieds et on n'a jamais observé de guérison spontanée.

Les deux affections diffèrent donc par le siège, l'évolution et le parasite.

2° Certaines blastomycoses prennent un aspect épithéliomatoïde.

L'*épithéliome végétant* est formé de plaques circonscrites moins étendues que celles de la blastomycose, plus nettement papillomateuses, couvertes de proliférations verruqueuses, formant par leur ensemble des tumeurs grosses comme un œuf de pigeon ou de dindon, pouvant se pédiculer, à sécrétion fétide, avec croûtes de mauvais aspect.

Le diagnostic est parfois délicat.

3° *Syphilis.* — Outre les commémoratifs, les phénomènes spécifiques concomitants, la *syphilide végétante* siège surtout au sillon naso-labial, à la commissure des lèvres, aux plis cutanés de la région inguino-génitale, au sillon mammaire, la suppuration est beaucoup plus abondante, la croûte plus épaisse. Les nodules pourraient au début faire penser à des gommes, mais l'évolution n'est pas la même. Elle est beaucoup plus rapide dans la syphilis.

La forme des lésions est plus circulaire, les ulcérations sont plus fongueuses, les bords plus indurés.

4° *Lupus papillomateux hypertrophique.* — Le lupus s'accompagne de nodules caractéristiques.

La tuméfaction nodulaire est plus molle, la réaction inflammatoire est plus marquée.

5° *Scrofuloderme.* — La fluctuation est plus nette, car l'abcès, en grandissant par la périphérie, se liquéfie au centre. Après l'ulcération, les bords sont déchiquetés, la croûte plus épaisse. L'ulcération sous-jacente est plus fongueuse, la destruction des tissus consécutive plus marquée.

6° *Mycosis fongoïde.* — La blastomycose n'a pas de manifestations préliminaires érythémato-eczémateuses.

7° *Dermatite iodopotassique.* — Les plaques saillantes ont l'aspect de macarons, à bords taillés à pic ; l'aréole qui les entoure

est plus hyperhémique. Le liquide purulent qu'on exprime par la pression des parties est plus clair, la suppuration plus abondante.

8° *Lèpre tuberculeuse.* — Dans la blastomycose, la sensibilité est plutôt accusée ; il y a douleur plutôt qu'anesthésie. Les troncs nerveux ne sont pas intéressés.

9° Dwyer a insisté sur les rapports de la blastomycose avec le *yaws* (27). Le yaws est précédé de douleurs rhumatoïdes, de malaise fébrile, de troubles digestifs. L'éruption débute par une desquamation furfuracée. La peau semble saupoudrée de farine, puis elle s'exfolie avant qu'il se forme des tumeurs tuberculeuses, rapidement ulcérées, d'aspect granulomateux, ressemblant à des fraises ou des framboises. Les croûtes ont une surface irrégulière, fissurée, elles adhèrent fortement aux tissus sous-jacents. La forme de la plaque est généralement circulaire ; elle est recouverte d'un exsudat visqueux ou de fongosités. Le développement est beaucoup plus rapide. L'anatomie pathologique et les cultures éclaireraient au besoin le diagnostic. Pas de cicatrices.

Pronostic. — La mort, assez rare, survient par tuberculose miliaire, pyohémie ou épuisement.

Le pronostic est généralement moins sévère.

Les formes généralisées aux organes internes sont les plus graves et même d'un pronostic fatal.

Les formes localisées guérissent d'ordinaire, parfois spontanément.

Traitement. — Dans les formes généralisées, rien ne réussit à entraver le processus.

Dans les formes localisées, on commencera par prescrire l'iodure de potassium à l'intérieur, jusqu'à 6 et 7 grammes par jour. Il produit parfois les résultats les plus brillants. On prescrira en même temps les antiseptiques doux en applications. En cas d'échec de la médication iodurée, il faudra recourir à l'intervention chirurgicale. Les lésions enlevées, la récidive ne s'observe pas.

Conclusions. — On a réuni sous le nom de blastomycose des affections paraissant dues tantôt à des levures ou moisissures d'origine végétale, tantôt à des coccidies, d'origine animale. Les formes généralisées, habituellement mortelles, semblent appartenir à ces dernières. Sauf Carini (40), tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont constamment pu déceler l'organisme et souvent le cultiver, ainsi que l'inoculer avec succès. La description varie suivant les auteurs, au sujet de la morphologie, de la nature, de l'évolution. Il est actuellement impossible de bien classer les formes de la maladie, mais on peut dire que, au point de vue clinique, la blastomycose ressemble surtout à la tuberculose verruqueuse et qu'elle en diffère par l'absence de bacille et la présence du blastomyces.

L'absence de celui-ci et du bacille tuberculeux devra faire pencher le diagnostic en faveur de la tuberculose, car le bacille de Koch peut échapper à l'examen dans la tuberculose cutanée, tandis qu'on a toujours rencontré un parasite dans la blastomycose.

BIBLIOGRAPHIE

(1) WERNICKE. Ueber einen Protozoenbefund bei Mycosis fungoïdes. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasit.*, 1892, t. XII.

(2) GILCHRIST. *Duhring's cutaneous Medicine*, Part. I, p. 156. Philad., 1896.

(3) BUSSE. *Monatsh f. prakt. Dermat.*, n° 6, 1894, t. XX.

(4) BUSSE-BUSCHKE. Ueber Hefenmykosen bei Menschen und Thieren. *Samml. Klinisch Vorträge*, août 1894.

(5) SAN FELICE. Uber die Pathologische Wirkung der Blastomyceten. *Zeitschr. f. Hyg. u. Infect. Krankh.*, t. XXI, p. 1.

— Uber einen neuen path. Blastomyceten. *Centralblatt f. Bakter. u. Parasit.*, 1895, t. XXVIII.

(6) FERMI-ARUCH. Uber eine neue Pathogene Hefeart. *Centrâlbl. f. Bakter. u. Parasit.*, t. XVII, n° 17.

(7) MAFFUCCI-SIRLEO. Neuer Beitrag zur Pathog. eines Blastomyceten. *Centralbl. f. Allg. Pat. Anat.*, t. VI, n° 11.

(8) CORSELLI-FRISCO. Pathog. Blastomyceten beim Menschen. *Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, 1895, t. XVIII.

(9) RONCALI. Die Blastomyceten in der Sarkomen. *Idem.* Die Blastomyceten in der Adeno-carcinoma des Ovariums. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasiten*, 1895, t. XVIII, n°s 12 et 13.

(10) CURTIS. Contribution à l'étude de la saccharomycose humaine. *Presse médicale*, 28 septembre 1895. *Annales de l'Institut Pasteur* 1897, p. 449.

(11) LYDIA RABINOWITCH. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1896, t. XXI, p. 11.

(12) TOKISHIGI. Uber pathol. Blastomyceten. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasit*, t. XIX, p. 105.

(13) RIXFORD and GILCHRIST. Two cases of protozoare (coccidional) Infection of the skin and other organs. *Johns Hopkins Hosp. Rep.*, 1896, t. I.

(14) GILCHRIST. A case of Blastomycetic disease in a man. *Ibidem.*

(15) — Comparison of Protozoa and Blastomyces. *Ibidem*, p. 291.

(16) GILCHRIST-STOKES. The presence of an oïdium in the tissues of pseudo-lupus vulgaris. *Bull. of Johns Hopkins hosp.*, juillet 1896.

(17) — A case of Pseudo-lupus vulgaris caused by a blastomyces. *Journ. of Experim., med.*, 1898, t. III, n° 1.

(18) G. WELLS. Preliminary reports of a case of Blastomycetic Dermatitis. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 mars 1898.

(19) BUSCHKE. *Congr. allem. Dermatologie.* Strasbourg, juin 1898.

(20) HESSLER. Blastomycetic Dermatitis. *Indiana med. Journ.*, août 1898.

(21) HYDE, HEKTOEN et BEVAN. A contribution to the study of Blastomycetic Dermatitis. *British Journal of Dermat.*, juillet 1899.

(22) OPHULS et MAFFIT. (Source non contrôlée.)

(23) HYDE, RICKETTS. A report of two cases of Blactomycosis of the skin in man, with a survey of the literature of human Blastomycosis. *IVe Congr. internat. de Dermatologie. C. R.*, p. 203. *Journ. of cutaneous diseases*, 1901, p. 44.

(24) BUSCHKE. Zum zeitigen Stand Unserer Kenntnisse der Haut Blastomycosen. *Berliner dermatol. Gesellsch.*, 2 juillet 1901.

(25) MONGOMERY. A disease caused by a fungus; the protozoic dermatitis of Rixford and Gilchrist. *British journ. of dermat.*, oct. 1900, p. 343.

(26) Montgomery-Ricketts. Three cases of blastomycetic infection of the skin ; one case limited to a tumor of the lower lip. *Journ. of cutaneous diseases*, 1901, p. 26.
(27) Dwyer. Blastomycetic Dermatitis and its relation to yaws. *Journ. of cutaneous diseases*, 1901, p. 15.
(28) Anthony, Herzog. Case of blastomycetic dermatitis, engrafted in syphilitic ulcers. *Journ. of cutaneous diseases*, 1900, p. 1.
(29) Posadas. Psorospermose infectante généralisée. *Revue de Chirurgie*, mars 1900.
(30) Brayton. Blastomycosis. *Indiana med. Journ.*, avril 1900, p. 165.
(31) Stelwagon. Report of a case of blastomycetic dermatitis. *IVe Congrès internat. de Dermat.*, de Paris 1900. *C. R.*, p. 195.
(32) Montgomery, Walker. A brief report of two hitherto unrecorded cases of blastomycosis of the skin. Further report of a previously recorded case of Blastomycosis of the skin. Systemic infection with blastomycetis. Death. Autopsy. *American dermat. Associat.*, mai-juin 1901.
(33) De Amicis. Granuloma innominato lupiforme nel volto e nel collo. *Festschr. zur Ehre v. Kaposi*, Vienne, 1900.
(34) Harris. Blastomycetic dermatitis of the gluteal region. *Journ. of the medical Sciences*, mai 1901, p. 561.
(35) Brefeld. Botanische Untersuchungen uber Hefenpilze. *Landw. Jahrb.*, t. IV.
(36) Kahane. *Wiener med. Presse*, 1895, nº 14.
— *Centralbl. f. Bakter. u. Parasit.*, 1895, t. XVIII, p. 616.
(37) Benaghi. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1896, t. XXIII.
(38) Pelagatti. Blastomycose et dégénérescence hyaline. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, août 1887, p. 157.
(39) Shattock et Ballance. *British. medical Journal*, 1887, II, 929, et 1891, I, 965.
(40) Carini. Contribution histologique et expérimentale à l'étiologie des tumeurs. *Policlinico*, avril 1900, nº 4.
(41) Hyde. Dermatitis blastomycetica. *American dermatol. Associat.*, juin 1899.
(42) Catte Golden. Blastomycetic dermatitis, a study of the organisms involved *Indiana med. Journ.*, avril 1900, p. 165.
(43) Morgan. Les blastomycètes dans l'étiologie des tumeurs malignes. *Semaine médicale*, 1900, nº 42.
(44) Harris. Blastomycetie dermatitis of the gluteal region. *American Journ. of the medical Sciences*, mai 1901, p. 561.
(45) Galloway Mac Leod. Blastomycetic dermatitis. *Dermatol. Society of London*, 10 juillet 1901.
(46) Shepherd. Two cases of blastomycetic disease one of which was cured by iodid of potassium. *Journ. of cutaneous diseases*, avril 1902, p. 158.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 5 JUIN 1902.

PRÉSIDENCE DE M. BROCQ.

SOMMAIRE. — Mycosis fongoïde, érythème permanent et néoplasies rémittentes, par M. GASTOU. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BROCQ, LEREDDE, WICKHAM.) — Essai de traitement des dermatoses par la radiothérapie ; cas de favus soumis aux rayons X (dépilation et repousse), par MM. GASTOU et VIEIRA. (Discussion : M. BROCQ.) — Syphilides post-grippales simulant la staphylococcie cutanée acnéiforme, par MM. GASTOU et VIEIRA. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Sur un cas d'acrodermatite continue suppurative favorablement modifiée par l'eau oxygénée, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BROCQ, HALLOPEAU.) — Sur un chancre destructif de la lèvre inférieure, par MM. HALLOPEAU et R. DUVAL. (Discussion : MM. BROCQ, HALLOPEAU, LEREDDE.) — Sur l'évolution d'un lichen plan circiné et sa plaque initiale, par MM. HALLOPEAU et A. RIBOT. (Discussion : MM. BROCQ, HALLOPEAU.) — Sur une ulcération tuberculeuse des petites lèvres, par MM. HALLOPEAU et A. RIBOT. — Sur la présence de traînées purpuriques correspondant à des traînées de grattage, par MM. HALLOPEAU et A. RIBOT. — Sur un cas de maladie de Recklinghausen avec prédominance des troubles pigmentaires et volumineuse tumeur profonde, par MM. HALLOPEAU et A. RIBOT. — Sur deux cas fraternels d'alopécie congénitale de nature indéterminée, par MM. HALLOPEAU et R. DUVAL. (Discussion : MM. BROCQ, SABOURAUD.) — Pelade d'origine dentaire ; traitement stomatologique ; guérison très rapide, par M. JACQUET. (Discussion : MM. GALIPPE, SABOURAUD, DU CASTEL, BARTHÉLEMY, BROCQ, JACQUET.) — Traitement comparé des lupus tuberculeux étendus par la photothérapie et d'autres méthodes, par M. DANLOS. (Discussion : MM. LEREDDE, GALEZOWSKI, MOTY, BROCQ.) — Cas hybride d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeux de la jambe, par M. DANLOS. (Discussion : M. BALZER.) — Teigne tondante à petites spores avec efflorescences cutanées, par M. DANLOS. — Psoriasis palmaire et plantaire, par M. MILIAN. (Discussion : MM. DU CASTEL, BROCQ.) — Bec-de-lièvre chez un hérédo-syphilitique et syphilides secondaires, par M. G. BAUDOUIN. — Une famille d'hérédo-syphilitiques (pelade, kératose folliculaire du cou, stigmates de syphilis héréditaire), par MM. GAUCHER et BABONNEIX. (Discussion : MM. JACQUET, GAUCHER.) — Papillome de la commissure buccale, par MM. BARBE et LACAPÈRE. — Note sur la durée d'un cas pris comme type de la blennorrhagie aiguë chez la femme, par MM. BARTHÉLEMY et LÉVY. — Urticaire bulleuse de la cavité buccale, par M. SPILLMANN. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Le dermographisme rouge et blanc, par M. NICOLSKI. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Phlébite syphilitique de la poplitée, par MM. AUDRY et CONSTANTIN. — Psoriasis consécutif à un choc émotif, par MM. BALZER et FAURE-BEAULIEU. (Discussion : MM. LEREDDE, DU CASTEL, BROCQ, BAUDOUIN, BARTHÉLEMY, GAUCHER, BALZER.) — Paralysie faciale syphilitique précoce, par MM. BALZER et FAURE-BEAULIEU. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, MOTY, GAUCHER, BALZER, LEREDDE.)

Mycosis fongoïde, érythème permanent et néoplasies rémittentes.

Par M. Gastou.

Le cas de mycosis actuel présente plusieurs particularités intéressantes :

1° Le début par un élément initial circiné et saillant, dont M. Hallopeau a déjà décrit l'aspect dans certains cas de mycosis sous le nom de : chancre mycosique.

2° L'existence simultanée d'un érythème intense, violacé, peu squameux et de tumeurs orbiculaires à centre déprimé, dont les bords saillants correspondent à une infiltration lymphocytaire intense, groupée en foyers, donnant l'apparence histologique d'abcès.

3° L'existence d'un prurit peu marqué et seulement nocturne.

4° La constatation d'une poly-nucléose et d'une leucocytose abondantes.

5° La diminution de tous les éléments urinaires.

6° La faible participation des ganglions qui sont à peine perceptibles quoique l'affection remonte déjà à 6 ans et soit très étendue.

Le malade, soumis depuis un mois environ à des doses journalières de 5 à 10 centigrammes de cacodylate de soude, est légèrement amélioré.

Depuis quelques jours il prend des tablettes d'iodo-thyroïdine à la dose de 2 par jour, sans en éprouver de malaises. Je tiens surtout, en présentant ce malade, à avoir l'avis de la Société sur la conduite thérapeutique à suivre en pareil cas.

M. Hallopeau. — J'ai obtenu, dans cette affection, de bons résultats contre les démangeaisons en employant le sulfonal en pommade à 1 p. 100. Avec des pommades à 1 p. 20, on s'expose à des phénomènes d'intoxication.

M. Leredde. — Je crois que le cacodylate de soude doit être donné ici à haute dose. Dans un cas que M. Brocq et moi avons observé, le cacodylate nous a donné d'excellents résultats aux doses de 30 et 40 centigrammes par injection.

M. Brocq. — Nous ne possédons pas actuellement de traitement efficace du mycosis fongoïde ; mais nous pouvons obtenir dans certains cas une amélioration sérieuse de l'affection par les préparations arsenicales données à hautes doses. Dans le cas auquel M. Leredde vient de faire allusion, nous n'avons obtenu d'effet qu'à partir de 15 centigrammes de cacodylate par injection, et nous avons dû arriver à la dose de 30 et même de 40 centigrammes par injection. On fait des séries de 10 et 15 injections, chaque série étant séparée de la suivante par une période de repos d'environ 10 à 15 jours.

M. Hallopeau. — Il faut faire quelques réserves sur l'efficacité de ce traitement, car on sait que le mycosis peut rétrocéder spontanément.

M. Leredde. — Les faits d'amélioration du mycosis par le cacodylate sont trop nombreux pour qu'on puisse croire à une simple coïncidence.

M. Brocq. — Il est certain que le mycosis peut présenter, comme le dit M. Hallopeau, des régressions spontanées. Je ne crois cependant pas qu'il y ait lieu de nier l'action du cacodylate. Dans un de nos cas, chaque interruption du traitement était suivie d'une aggravation des lésions; tandis que la reprise du médicament amenait une amélioration de ces dernières. Nous ne pensons pas que les injections de cacodylate soient un traitement radical du mycosis; mais elles peuvent donner d'excellents résultats.

M. Wickham. — Au Congrès de 1900 j'ai indiqué les injections de cacodylate de soude comme m'ayant donné d'excellents résultats dans le traitement d'un cas de prémycosis généralisée. La disparition complète des lésions s'est produite quelques mois après. Il ne s'est pas agi là d'une simple coïncidence, car tous les trois ou quatre mois il survient de nouvelles poussées qui cèdent rapidement aux injections de cacodylate, et de lui-même le malade a recours au traitement sans attendre le conseil du médecin.

Essai de traitement des dermatoses par la radiothérapie; cas de favus soumis aux rayons X (dépilation et repousse).

Par MM. Gastou et Vieira.

Depuis les communications intéressantes faites à la Société par MM. Barthélemy, Darier, Oudin sur l'influence des rayons X, et par M. Béclère sur « les mesures exactes en Radiothérapie », il nous a semblé utile de signaler ici les résultats auxquels nous sommes arrivés à propos d'un cas de favus, traité par la radiothérapie. Résultats d'autant plus intéressants qu'ils ont été obtenus d'abord d'une façon empirique ; ensuite avec les procédés exacts et scientifiques sur lesquels M. Béclère a attiré l'attention de la Société.

Dans l'application des rayons X nous avons agi avec la plus grande prudence. Nous aurons ultérieurement l'occasion de dire à la Société ce que nous avons obtenu dans des cas de teigne et de lupus traités par la même méthode et avec les procédés rigoureux de mesure que permettent l'emploi de l'ampoule à osmo-régulateur et de la soupape de Villars, du spentermètre, du radiochromomètre. Des essais que nous avons tentés jusqu'à présent il résulte pour nous que pour l'action thérapeutique aussi bien que pour l'influence nocive des rayons X il faut tenir grand compte non seulement de la source électrique, de l'ampérage, du voltage, du nombre des interruptions, de la qualité des rayons engendrés par l'ampoule et probablement encore d'autres facteurs connus ou inconnus ; mais encore et surtout de l'état idiosyncrasique vasculo-nerveux du malade, de la qualité de ses réactions organiques générales et locales, en un mot de sa résis-

tance électrique aux différentes formes du courant électrique et à leurs différents modes d'application.

Sans entrer dans des détails plus longs au sujet du matériel et de la technique, voici résumée l'histoire clinique et thérapeutique du malade :

H..., âgé de 16 ans 1/2, salle Saint-Louis, 10 bis, service de M. le Pr Fournier. Le malade est atteint de favus du cuir chevelu, *généralisé à toute la tête*, et datant de l'âge de 3 ans. Il y a de nombreux godets, ses cheveux ne sont pas tombés, il n'a pas de cicatrices. Il a été traité par la calotte de poix, puis à l'école Lailler pendant 8 mois à l'aide de l'épilation.

Le traitement radiothérapique a commencé le 17 février 1902. Le malade a été d'abord soumis à l'action d'une ampoule à osmo-régulateur Villars donnant 15 centimètres d'étincelle équivalente, avec un courant de 5 ampères et 25 volts. La distance de la paroi inférieure de l'ampoule à la tête était de 20 centimètres au début, puis de 13 centimètres; les séances de 10 minutes de durée.

La première région traitée a été la région occipitale. Jusqu'à la quinzième séance aucun phénomène apparent, sauf une ou deux fois une légère céphalalgie, ne s'est produit. Entre la quinzième et la vingtième séance il y a eu plusieurs interruptions de traitement à la suite d'apparition d'érythème avec légère tuméfaction et sensibilité du cuir chevelu. A la vingt-quatrième séance, brusquement les cheveux tombent par touffes sous l'influence d'un simple brossage et il se produit une plaque alopécique de 10 centimètres de diamètre. Il n'existe à ce moment ni érythème, ni folliculites, ni douleur.

La deuxième région traitée est le sommet de la tête. A la troisième séance, interruption du traitement pendant deux jours par suite de l'apparition de folliculites superficielles. A la suite de pansements humides et de pulvérisations, la poussée cesse. Les séances sont reprises. A la vingtième, les cheveux tombent spontanément.

Jusqu'alors les séances avaient été faites empiriquement en calculant simplement la longueur d'étincelle équivalente, en notant l'ampérage et le voltage, avec un interrupteur donnant un nombre relativement faible d'interruptions.

A partir de la vingtième séance, ou plutôt de la quarante-quatrième séance, les applications furent faites en intercalant dans le circuit un spentermètre et une soupape de Villars; en utilisant des interruptions plus fréquentes et rapides; en abaissant encore le voltage entre 12 et 15 et l'ampérage dans les environs de 3 à 5; en notant enfin avec le radio-chromomètre la puissance pénétrante de l'ampoule.

Très rapidement l'effet obtenu fut différent, une troisième région traitée ainsi perdit ses cheveux à la onzième séance.

Tels sont les résultats obtenus chez ce malade. Depuis, d'autres enfants atteints de trichophyties sont en traitement, et la dépilation est survenue chez plusieurs d'entre eux vers la septième séance. Sur les quelques cas traités nous avons observé une fois une accen-

tuation des folliculites chez un malade atteint de trichophytie pyogène du cuir chevelu; dans les autres cas un léger érythème a précédé la chute des cheveux. Il ne s'est produit aucune autre particularité jusqu'à présent.

Nous devons ajouter que chez notre favique, ainsi qu'on peut en juger, les cheveux sont en voie de repousse, sur les premières plaques traitées. L'effet ici a donc été très favorable à tous les points de vue et surtout a donné la rapidité d'action curative et l'innocuité, que nous attribuons pour une grande part aux précautions prises et surtout à la technique bien dirigée et réglée exactement. Nous tiendrons la Société au courant des résultats ultérieurs.

M. Brocq. — La communication de M. Gastou est très intéressante. M. Bisserié a fait dans cette voie des essais encore trop incomplets pour vous être soumis; il a obtenu également des dépilations avec repousse consécutive des poils. Mais on peut obtenir aussi une dépilation définitive avec les rayons de Röntgen; aussi les dermatologistes seront-ils toujours très réservés dans l'application de cette méthode, jusqu'à ce que les spécialistes aient nettement précisé la technique à employer dans ce cas. Il est à désirer qu'ils arrivent rapidement à déterminer avec certitude comment il faut procéder pour obtenir une dépilation momentanée avec repousse consécutive, ce qui serait utile dans les teignes, comment il faut procéder pour obtenir une dépilation définitive, but qu'il faudrait atteindre dans l'hypertrichose.

Syphilides post-grippales simulant la staphylococcie cutanée acnéiforme,

Par MM. Gastou et Vieira.

La pathogénie de la plupart des formes de syphilides est jusqu'à présent totalement inconnue M. le Pr Fournier a signalé l'influence du vaccin sur l'apparition de syphilides tertiaires localisées aux points mêmes de la vaccination. Le mode d'action de maladies infectieuses locales ou générales sur l'apparition de syphilides, sur leur forme et leur évolution est du plus grand intérêt, l'observation de la malade que nous présentons à la Société en est la preuve :

Mme S..., 47 ans, a été alitée par la grippe il y a 1 mois environ. Elle aurait eu une forme thoracique d'une durée de 3 semaines environ. Au moment où la guérison se manifestait, apparurent sur la jambe gauche une série de lésions papulo-tuberculeuses suppurées que la malade qualifie du nom de furoncles. Peu de jours après l'éruption s'étendait, caractérisée par des éléments de dimensions différentes, les uns formant des nodosités sous la peau, les autres prenant l'aspect de papules acnéiformes ou de folliculites miliaires; en huit jours, tout le corps moins la face était envahi. Lorsque le malade vient à Saint-Louis, les éléments éruptifs formés d'une papule saillante, entourée à la base d'une colerette rouge, turgide, violacée

par places et couronnée au sommet d'une pustule, sont tantôt isolés, tantôt groupés en forme d'amas irréguliers ou de cercles. La couleur de l'éruption est beaucoup plus érythémateuse et congestive que dans la syphilis. Il n'existe pas de manifestations vicérales. Rien dans les urines. La seule particularité à signaler est l'œdème intense de la jambe gauche et la constatation d'une cicatrice étendue, reliquat d'un ulcère de jambe dont le début aurait été une phlébite survenue au mois de novembre dernier. La malade dit n'avoir jamais eu aucune éruption antérieure, mais seulement une pleurésie à la suite de couches; elle aurait eu 11 grossesses, dont 4 fausses couches, 1 accouchement prématuré d'un enfant mort-né et 4 enfants morts en bas âge. Il ne lui reste que deux filles bien portantes.

Son mari, palefrenier, a eu il y a quatre ans des adénites suppurées du cou.

La première impression qui résulte de l'examen de la malade est qu'il semble s'agir d'une pyodermite suite de grippe. L'examen du pus et l'ensemencement du sang démontrerait la présence du staphylocoque blanc. L'hypothèse d'une infection cutanée post-grippale était d'autant plus plausible que l'existence antérieure d'infections multiples pouvait en avoir facilité le développement. De l'interrogatoire de la malade il résulte nettement que de ses premières grossesses elle a eu des accidents puerpéraux caractérisés par l'apparition d'une pleurésie et d'une première atteinte de phlébite ; puis consécutivement elle a été soignée pour de la métrite hémorrhagique. L'existence même des fausses couches répétées et des accouchements prématurés pouvant être en rapport avec une infection utérine latente. Le traitement fut fait dans l'hypothèse d'une staphylococcie post-grippale : grippe ayant réveillé la phlébite et provoqué des suppurations cutanées.

Mais, devant l'échec complet du traitement antiseptique local et général, une bicopsie fut faite et nous révéla, à côté de lésions pyodermiques des plus nettes, des altérations papulaires et dermiques telles qu'on les rencontre habituellement dans la syphilis. Le caractère lui-même des abcès sous et intra-épidermiques éveilla notre attention. Il ne s'agit pas d'abcès formés de leucocytes polynucléaires, mais d'amas de lymphocytes dont l'aspect général rappelait ce que l'on voit habituellement dans les infections cutanées d'origine générale.

En rapprochant le caractère des lésions histologiques de l'histoire clinique et quoique la malade niât toutes espèces d'accidents de nature spécifique, le diagnostic de syphilides acnéiformes devenait très probable. Cette probabilité était surtout basée sur la léthalité infantile : sur onze grossesses nous avions en effet relevé : 1re enfant mort à 4 ans de méningite ; 2e bien portante, âgée de 24 ans ; 3e morte à 6 mois de convulsions; 4e mort à 25 mois d'accidents indéterminés; 5e bien portante, aurait eu un début de méningite;

6e fausse couche de 3 mois ; 7e fausse couche ; 8e garçon né à 7 mois, mort à 16 mois de convulsions ; 9e fausse couche ; 10e enfant mort-né, 11e fausse couche de 3 mois.

A la suite des constatations cliniques et histologiques le traitement mixte fut fait. Trois semaines après, la malade était en partie guérie, quoiqu'il y ait eu, malgré le traitement, de nouvelles poussées pyodermiques.

Dans l'histoire de cette malade le point intéressant est l'apparition à la suite d'une grippe d'accidents cutanés suppurés à caractères mixtes relevant à la fois de la staphylococcie cutanée et des syphilides.

M. Hallopeau. — Je ferai remarquer que la malade présentée par M. Gastou n'a que des analogies très lointaines avec le malade dont j'ai parlé à la réunion de Toulouse.

Sur un cas d'acrodermatite continue suppurative favorablement modifiée par l'eau oxygénée.

Par M. Hallopeau.

Il résulte des études faites jusqu'ici sur cette maladie qu'elle est des plus tenaces et des plus rebelles au traitement : nous avons communiqué à la Société un cas dans lequel les altérations résistaient depuis 20 ans à tous les efforts de la thérapeutique.

On pouvait craindre qu'il n'en fût de même chez la jeune fille que nous avons l'honneur de vous présenter, car il y a plus de 5 ans que la polydactylite a débuté chez elle et a persisté sans interruption ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Léonie V..., âgée de 16 ans, a eu, à l'âge de 11 ans, un foyer de suppuration sous l'ongle du pouce, puis, bientôt après, un autre sous celui de l'index de la main droite ; au bout de peu de temps, la suppuration s'est propagée aux doigts correspondants qu'elle a, de proche en proche, envahis jusqu'à leur racine. Depuis lors, incessamment, il se forme de petits îlots de suppuration qui, le plus souvent, donnent lieu à la production de croûtelles. Il en est ainsi lorsque la jeune fille vient nous consulter une première fois le 26 avril dernier ; ses ongles sont le siège de bosselures sur leur face convexe ; ils présentent en outre des cannelures verticales : leur lunule reste intacte ; la peau des doigts atteints est d'un rouge pâle, squameuse, parsemée de petits foyers purulents étalés en petites nappes ; quelques-uns sont surmontés de croûtelles ; il semble s'être produit un certain degré de sclérose secondaire ; la flexion des phalanges ne s'accomplit qu'avec peine et très incomplètement.

Nous prescrivons des badigeonnages à renouveler tous les deux jours avec la solution au huitième de nitrate d'argent.

Malgré cette médication, des foyers de suppuration continuent à se former de nouveau.

Le 16 mai, nous substituons à cette médication l'application permanente de compresses imprégnées d'eau oxygénée à douze volumes, étendue de 2 parties d'eau bouillie.

Le 30 mai, la situation est profondément modifiée : il n'y plus trace de suppuration; les îlots de desquamation indiquent seuls les parties qui en ont été le siège.

Vous pouvez constater aujourd'hui que cette amélioration si notable persiste; on peut espérer une guérison complète.

Divers enseignements nous paraissent ressortir de cette action thérapeutique.

En premier lieu, nous sommes aujourd'hui en possession d'un moyen susceptible d'agir efficacement sur cette maladie si opiniâtrement résistante ; d'autre part, cette action favorable d'un parasiticide est en faveur de la nature infectieuse de cette dermatite ; il est vrai qu'il existe chez cette personne, comme dans la plupart des cas publiés jusqu'ici, des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités, mais on peut admettre qu'ils constituent simplement une prédisposition à ces acrodermatites.

L'intégrité des lunules unguéales semble également indiquer que la cause du mal est d'origine externe. Enfin, cette action de l'eau oxygénée montre que ce médicament pénètre profondément dans des parties inaccessibles à l'action des autres agents thérapeutiques : il peut y avoir là une source d'indications pour son emploi thérapeutique qui nous a donné déjà des résultats analogues dans diverses autres suppurations profondes et rebelles de la peau, particulièrement, comme nous l'avons indiqué précédemment, dans la staphylococcie blanche et aussi dans le sycosis.

M. Brocq. — L'acrodermatite pustuleuse est une affection extrêmement rebelle, au point que certains auteurs ont proposé d'en cautériser les éléments au fer rouge. Aussi, essaierai-je les applications continues d'eau oxygénée étendue, avec lesquelles M. Hallopeau a obtenu de si heureux résultats.

Je ferai remarquer à ce propos que je viens d'observer un cas d'acrodermatite pustuleuse accompagnée de phlycténose de la paume de la main ; M. Hallopeau connaît-il des faits semblables ?

M. Hallopeau. — Je n'en connais pas.

Sur un chancre destructif de la lèvre inférieure.

Par MM. Hallopeau et Rubens Duval.

Le fait sur lequel nous nous permettons d'appeler l'attention de la Société n'a rien de nouveau, car il se rapporte traits pour traits à la remarquable description que M. Fournier a tracée du phagédé-

nisme labial ; il n'en présente pas moins un certain intérêt au double point de vue de la clinique et de la nosologie.

On sait que cette manifestation de la syphilis est des plus rares : c'est, si nous ne faisons erreur, le premier cas de cette grave altération qui soit mis sous les yeux de la Société. Il en constitue un type frappant.

Le nommé Louis B..., âgé de 29 ans, est entré une première fois, le 22 février, au n° 96 de la salle Bazin, pour une ulcération médiane de la lèvre inférieure dont le début remontait aux premiers jours de janvier. Nous avons pu l'examiner peu de temps après le début de l'affection. L'ulcération avait dès lors les dimensions d'une pièce d'un franc ; elle était recouverte d'un détritus sanieux : ses bords et sa base étaient indurés ; nous avons prescrit simultanément un traitement local par l'application permanente de compresses imprégnées d'une solution de sublimé au 5000[e] et un traitement général par les frictions mercurielles en même temps que par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Cette médication a été suivie jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital ; néanmoins, l'ulcération a continué à s'étendre en profondeur et en surface.

On pratique ce même jour (22 février) une injection de 5 centigrammes de calomel et l'on cesse les frictions.

Le 25 février, la lèvre est intéressée dans presque toute son étendue : l'ulcération de chaque côté s'approche jusqu'à un centimètre de la commissure ; elle est anfractueuse et profondément déprimée dans sa partie médiane ; ses bords sont renversés en dehors en forme de bourrelet sans induration prononcée ; la face muqueuse est également ulcérée ; il se produit une abondante salivation.

Il est survenu ce matin une hémorrhagie assez abondante par jets isochrones au pouls ; on voit nettement la dilatation artérielle, du volume d'une tête d'aiguille, qui en a été l'origine ; sous l'influence d'un pansement avec de l'ouate imprégnée d'une solution concentrée d'antipyrine, l'hémorrhagie s'arrête.

Depuis une semaine, il s'est manifesté une éruption généralisée de papulo-pustules dont la partie moyenne s'est concrétée en croûtes noirâtres ; ces éléments sont arrondis ou ovalaires ; certains d'entre eux atteignent 2 centimètres de diamètre ; au niveau de quelques-uns, la croûte centrale est entourée d'un soulèvement bulleux : il s'agit donc de la lésion à laquelle doit être réservée la dénomination de rupia.

Les muqueuses ne sont pas épargnées : on note, sur le pilier droit du voile du palais, une ulcération mesurant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; des ulcérations moins étendues sont disséminées sur la base de la langue et la voûte palatine.

Sur le tronc, l'éruption papuleuse est discrète, sans ulcération ni excoriation : ses éléments varient du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille.

On continue les injections de calomel ; on donne en outre quotidiennement 6 grammes d'iodure de potassium ; les grandes ulcérations sont traitées

localement par les applications de compresses imprégnées de la solution de sublimé au 5000e, les plus petites par l'emplâtre de Vigo.

Sous l'influence de ce traitement, il se produit rapidement une amélioration considérable; l'ulcération perd son caractère sanieux et se couvre de bourgeons charnus en même temps qu'elle se cicatrise ; les battements artériels ont disparu et la guérison de l'accident primitif paraît proche, lorsque le malade contracte un érysipèle de la face qui nécessite son transport à l'hôpital d'Aubervilliers.

Le malade rentre le 24 mai au n° 75 de la salle Vidal; il présente encore un aspect bouffi de la face, consécutif à son érysipèle.

Il est atteint actuellement :

1° D'une ulcération de la lèvre inférieure ;

2° D'ulcérations du voile du palais et de la muqueuse buccale;

3° D'une alopécie;

4° De cicatrices pigmentaires sur les membres inférieurs.

L'ulcération de la lèvre siège un peu à droite de la ligne médiane ; elle forme une encoche de près d'un centimètre de profondeur, laissant à découvert les incisives inférieures gauches jusque près de la gencive. Au-dessous de cette encoche, se voit une cicatrice ovalaire, blanche, dépigmentée, étendue surtout dans le sens horizontal où elle atteint un centimètre de largeur sur 5 millimètres de hauteur; son aspect est lisse et luisant. Cette cicatrice est déprimée. En raison de la perte de substance de la lèvre inférieure, la salive s'écoule constamment de la bouche. Cette lèvre est partout rétractée sous forme d'une bride peu extensible.

La langue est le siège de plaques ulcérées; l'une d'elles se trouve à gauche de la ligne médiane, près de la pointe ; elle est ovalaire, grande comme une pièce de 50 centimes, blanche, légèrement saillante, bordée d'un liséré de teinte rosée. On note une autre plaque semblable, à gauche, sur la base de la langue, sensiblement de même aspect, et d'autres, moins considérables, disséminées sur toute la base de la langue.

A la face interne des joues, on remarque deux plaques de forme irrégulièrement triangulaire, de couleur opaline, non saillantes, très accentuées au niveau des commissures labiales et se perdant insensiblement sur la face interne des joues.

La voûte palatine est couverte de saillies blanchâtres de la grosseur de près d'un petit pois, ulcérées, végétantes et fongiformes.

Les deux piliers antérieurs du voile présentent des ulcérations.

Depuis un mois, le malade a perdu ses cheveux et sa barbe sous l'influence à la fois de sa syphilis et de son érysipèle; celui-ci a donné lieu à une alopécie diffuse intéressant tout le cuir chevelu; il existe de plus, en certains points, une alopécie plus complète, c'est ainsi que les deux régions sus-auriculaires, particulièrement celle du côté gauche, sont presque complètement déglabrées, sur une étendue d'une paume de main environ.

Enfin, çà et là, disséminés dans le cuir chevelu, des îlots réalisent le type de l'alopécie dite en clairières.

A la face postérieure des deux jambes, on constate de nombreuses cicatrices déprimées et très pigmentées, ovalaires, à grand axe vertical. La

plupart atteignent les dimensions d'une pièce de 50 centimes, quelques unes dépassent celles d'une pièce de 2 francs.

Au niveau de la partie centrale de ces dernières se produit une légère desquamation en lamelles petites et blanches.

On peut dire que cette syphilis est doublement maligne, car son accident primitif et ses premières manifestations secondaires ont offert un caractère de gravité exceptionnel.

Le chancre a été remarquable : 1° par ses dimensions énormes (nous avons vu qu'il intéressait la lèvre dans presque toute son étendue) ; 2° par la rapidité avec laquelle son processus nécrobiotique a détruit une partie de cette lèvre : c'est là une des formes du phagédénisme labial mutilant en profondeur qui a été si bien décrit par M. Fournier.

Ses conséquences sont réellement lamentables : non seulement, cette perte de substance altère profondément les traits, mais les actes physiologiques auxquels la lèvre inférieure concourt activement, tels que la prononciation, la mastication, la succion, la fermeture de la cavité buccale, sont gravement compromis : nous avons vu qu'il se fait incessamment un écoulement de salive.

L'hémorrhagie témoigne que, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des processus ulcéreux, les artères ne se trouvent pas oblitérées quand leurs parois sont envahies.

Ce phagédénisme présente des différences essentielles avec celui qui vient parfois compliquer les chancres simples ; comme lui, il est destructeur, mais il ne s'étend en surface et en profondeur que consécutivement à l'induration chancreuse qui en est le précurseur nécessaire ; il ne se propage pas superficiellement ; il paraît résulter exclusivement de troubles de la nutrition liés à une activité exceptionnelle du processus chancreux ; on ne voit pas ces chancres labiaux gagner, comme le font les chancres simples phagédéniques, de vastes régions ; on n'y trouve pas le bacille de Ducrey : il s'agit, en toute évidence, de phénomènes de causes différentes et auxquels il y aura lieu ultérieurement de donner des noms différents. L'action du traitement peut encore servir à différencier ces deux ordres d'altérations : tandis, en effet, que le phagédénisme du chancre simple est justifiable exclusivement d'une intervention locale, nous avons vu au contraire, chez ce malade, le phagédénisme disparaître rapidement sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré.

Il semble qu'il faille attribuer, dans la production de ce phagédénisme, une part à la structure de la partie atteinte : en effet, la lèvre ne se comporte pas comme les autres régions sous l'influence du processus syphilitique ; la tuméfaction parfois énorme, dont elle devient le siège dans sa totalité, quand des syphilides secondaires ou tertiaires s'y développent, en est le témoignage ; il est probable que les mêmes obstacles à la circulation que traduit cet œdème

prennent une part dans la genèse du phagédénisme lorsque le processus présente une activité exagérée ; si l'on se reporte à la si intéressante et importante statistique de M. Fournier, on voit que cette grave complication se produit presque exclusivement du côté de la lèvre et du gland ; or, ces deux régions ont pour caractères la densité du tissu connectif du derme qui les recouvre et son adhérence intime aux parties sous-jacentes : il nous paraît y avoir là relation de cause à effet.

Nous noterons, en terminant, l'instantanéité avec laquelle la petite hémorrhagie artérielle a été arrêtée par le pansement local avec la solution concentrée d'antipyrine : ce topique a l'avantage de ne provoquer aucune irritation ; il est à cet égard bien préférable au perchlorure de fer.

Telles sont les principales considérations auxquelles conduit l'étude de cette syphilis maligne précoce.

Ajoutons que le caractère profondément ulcéreux des manifestations secondaires du côté des muqueuses et de la peau dénote chez ce malade, soit un milieu de culture exceptionnellement favorable à l'égard du contage spécifique, soit une virulence anormale de ce contage.

M. Brocq. — Je demanderai à M. Hallopeau quel est le traitement qu'il applique aux lésions linguales syphilitiques.

M. Hallopeau. — Dans le cas de lésions linguales profondes, je prescris ordinairement des pastilles contenant un demi-milligramme de sublimé ; le malade en suce une vingtaine par jour.

M. Brocq. — C'est une manière d'employer les doses fractionnées de sublimé qui donnent en effet d'exellents résultats.

M. Hallopeau. — Je crois que le sublimé employé de la sorte a une action à la fois locale et générale.

M. Leredde. — Je pense que, dans le cas actuel, il serait préférable de recourir aux injections mercurielles.

M. Hallopeau. — J'ai employé ces injections chez le malade que je viens de vous présenter

---

Sur l'évolution d'un lichen plan circiné et sa plaque initiale.

Par MM. Hallopeau et Alexandre Ribot.

On peut, chez le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, observer toutes les phases par lesquelles passe l'élément de lichen plan pour arriver à son développement en grandes plaques circinées; il nous paraît, à cet égard, digne d'attention.

La nommée Duq..., âgée de 30 ans, ne présente pas d'antécédents dignes d'être notés.

La première manifestation de la maladie dont elle est atteinte a été l'apparition, il y a 3 mois, un peu au-dessus de la malléole externe du côté gauche, d'une petite plaque rouge qui, au début, n'a eu que les dimensions d'un grain de mil. Cette plaque s'est étendue assez rapidement pour atteindre ses dimensions actuelles qui dépassent 1 centimètre de diamètre.

Ce n'est qu'environ il y a un mois que sont survenues les autres plaques. L'éruption s'est généralisée rapidement, et il n'y a que peu de plaques de formation récente.

Aujourd'hui, le malade présente un grand nombre d'éléments éruptifs, et l'on peut suivre les différents stades de leur évolution.

Chacun d'eux débute par une petite tache rouge, polygonale, brillante, d'un millimètre environ de diamètre, légèrement surélevée.

Cette tache s'accroît rapidement pour atteindre successivement les dimensions d'une lentille, d'une pièce de 20 centimes, de 50 centimes et s'étendre ultérieurement dans des proportions variables; l'éruption présente alors les caractères suivants :

Toutes les plaques sont légèrement surélevées et un peu douloureuses spontanément ou au grattage.

Elles sont réparties sur les membres inférieurs, plus nombreuses du côté gauche; le reste du corps est indemne.

Il n'y a pas de lésions buccales.

Les plaques circinées sont formées par des proliférations autour d'un dépôt initial. Les papules filles, irrégulièrement polygonales, mesurent environ 2 millimètres de diamètre. Elles présentent, quand on les regarde directement, un aspect brun sombre, livide ; à jour frisant, elles sont brillantes. Autour des grandes plaques, on voit de petites papules polygonales variant d'une pointe d'aiguille à une tête d'épingle. Le centre de ces plaques circinées présente une coloration bistrée qui ne s'efface pas sous la pression du doigt. On voit encore, dans cette partie centrale, des éléments papuleux, mais ils y sont moins saillants qu'à la périphérie. L'épiderme est plissé au centre des parties déprimées. Il en résulte une apparence cicatricielle.

Les papules jeunes de la périphérie se distinguent nettement des parties affaissées qui les entourent par leur aspect brillant.

Plusieurs éléments sur la jambe droite sont recouverts de croûtelles dures dues apparemment au grattage.

Nous relèverons, dans cette histoire morbide, en premier lieu, son début par une plaque assez longtemps isolée : comme le pityriasis rosé, comme le mycosis fongoïde, comme la plupart des maladies infectieuses, le lichen plan semble donc présenter une incubation initiale; cette première manifestation ne diffère pas de celles qui surviennent ultérieurement .

Nous avous pu suivre de proche en proche, chez cette personne, le développement des altérations; au moment même de notre premier examen, elle nous a indiqué des éléments qui s'étaient

développés depuis la veille : c'étaient, comme nous l'avons dit, de petites saillies miliaires ; en examinant l'éruption dans son ensemble, nous avons trouvé tous les intermédiaires entre ces petits éléments initiaux et les plaques circinées : ce sont successivement la production de papules dont les dimensions augmentent progressivement, leur multiplication, leur disposition en cercles confluents, l'affaissement de la partie centrale de ces amas, plus tard l'affaissement de toute la plaque dans son ensemble.

Chaque élément de lichen augmente de volume et se multiplie excentriquement pour s'effacer ensuite.

Ce mode d'évolution est, comme l'un de nous l'a fait remarquer antérieurement, un argument d'une grande valeur en faveur de la nature infectieuse de cette maladie.

M. Brocq. — La communication de M. Hallopeau soulève cette importante question de la nature du lichen plan. S'agit-il d'un mode de réaction de la peau sous l'influence d'une irritation banale, comme le pense M. Jacquet, ou d'une dermatose parasitaire?

M. Hallopeau. — Je viens de montrer qu'il existe, autour des placards de lichen, des éléments plus petits ; cette disposition rappelle ce que l'on observe dans les syphilides en corymbes. Ce fait est en faveur de la nature parasitaire du lichen.

Sur une ulcération tuberculeuse des petites lèvres.

Par MM. Hallopeau et Alexandre Ribot.

La malade qui fait l'objet de cette communication nous paraît présenter une localisation tout à fait exceptionnelle de la tuberculose. D'après les recherches de Straus, lorsque la tuberculose se manifeste du côté des organes génitaux de la femme, ce sont presque exclusivement les ovaires, les trompes ou l'utérus qui sont intéressés ; on n'observe pour ainsi dire jamais d'altérations vaginales de cette nature ; il est probable que cet éminent pathologiste fait simultanément allusion à la vulve en formulant cette proposition, car il ne cite aucun exemple de son altération par le bacille de Koch.

C'est donc par une exception à la règle que les petites lèvres sont atteintes chez cette femme de lésions qui paraissent bien être de nature tuberculeuse.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires, mais ses deux sœurs toussent depuis assez longtemps. Son mari est mort en décembre 1901, à l'âge de 36 ans, d'une tuberculose pulmonaire, dont le début datait de 3 ans ; 2 ans avant sa mort, il a été soigné pour une éruption que sa femme a soupçonnée être de nature syphilitique (elle était survenue à la suite de rapports

extra-conjugaux), mais, depuis cette époque, la malade n'a pas eu de rapports sexuels, et l'on n'a trouvé chez elle aucun signe suspect à cet égard.

En 1897, elle a présenté, à la partie supérieure de la cuisse droite, une éruption qui a duré 3 ans, et pour laquelle on a porté le diagnostic de végétations.

Au mois de décembre 1901, est survenue, à la face interne de la petite lèvre droite, une petite ulcération douloureuse, qui s'est étendue peu à peu avant d'atteindre ses dimensions actuelles.

Aujourd'hui, la face interne des grandes lèvres est rouge et congestionnée. A la face interne des petites lèvres, on voit une ulcération irrégulière, d'aspect grisâtre, à bords tomenteux et déchiquetés. Une autre ulcération siège au-dessus du clitoris qu'elle a détruit en partie ; à ce niveau suinte une goutte de pus ; parfois, elle devient sanguinolente et tache le linge assez abondamment.

Elle est douloureuse à la pression et spontanément ; c'est d'ordinaire une simple sensation de cuisson ; d'autres fois, la malade sent la douleur irradier vers l'abdomen ; cette douleur est très exagérée par la miction.

Aux aines, on trouve de petits ganglions durs, mobiles sous la peau et les plans profonds, indolores.

Depuis un an, la malade a beaucoup maigri ; elle a perdu l'appétit.

L'auscultation fait constater dans les deux fosses sus-épineuses de la rudesse de la respiration.

Depuis 10 jours, l'ulcération est traitée par l'application de permanganate de potasse au 200e.

Nous nous fondons, pour considérer comme au moins très probable la nature tuberculeuse de ces ulcérations, d'une part, sur leurs caractères objectifs qui rappellent beaucoup ceux d'autres manifestations bacillaires, particulièrement de celles qui se développent au pourtour de l'anus ; d'autre part, sur l'existence très probable chez cette femme, d'une tuberculose pulmonaire, sur la longue durée des altérations qui éloigne l'idée d'une ulcération banale, sur l'absence de signes de syphilis ; nous nous proposons, pour contrôler le diagnostic, d'inoculer au cobaye les détritus que l'on trouve au niveau de ces altérations.

Cette localisation est tout à fait exceptionnelle, car nous n'en trouvons dans la littérature médicale qu'un petit nombre de faits, ceux de Cayla, de Leroy des Barres, de Deschamps. Faut-il en conclure que le bacille de Koch n'aime pas la muqueuse génitale ? Cette rareté n'est-elle pas due plus vraisemblablement à ce que ce bacille ne se trouve qu'exceptionnellement en contact intime avec elle ? Quoi qu'il en soit, c'est une bonne fortune pour l'humanité qu'il en soit ainsi.

Sur la présence de traînées purpuriques correspondant à des trainées de grattage.

Par MM. Hallopeau et Alexandre Ribot.

Cette jeune fille a concurremment un purpura remarquable par l'abondance de ses manifestations et leur extension à presque toutes les parties de la surface cutanée et de la phthiriase; or, la maladie parasitaire a déterminé secondairement des manifestations locales de la dyscrasie : en effet, sur les parties latérales du tronc, derrière les épaules, on voit des stries linéaires hémorrhagiques dont la disposition et le siège sont exactement les mêmes qu'affectent les éruptions prurigineuses dans la phthiriase des vêtements : sans aucun doute, il faut rapporter au grattage la genèse de ces stries hémorrhagiques ; s'agit-il d'une fragilité anormale des capillaires ? Ou ne doit-on pas admettre bien plutôt que les troubles de vaso-dilatation qu'entraîne l'excitation cutanée favorisent la diapédèse des hématies ?

L'examen du sang, pour lequel M. Dominici a bien voulu nous prêter le concours de sa grande expérience, n'a donné que des résultats négatifs.

Sur un cas de maladie de Recklinghausen avec prédominance des troubles pigmentaires et volumineuse tumeur profonde.

Par MM. Hallopeau et Alexandre Ribot.

L'histoire de la malade qui fait l'objet de cette communication peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée C..., âgée de 40 ans, présente, d'une part, un état anormal de pigmentation de la peau, d'autre part, des productions fibreuses cutanées et sous-cutanées.

L'état de pigmentation de la peau est congénital et n'a pas augmenté depuis son enfance.

Sur une teinte bistre uniforme se détachent partout des macules plus foncées, dont les dimensions varient en général d'un à deux millimètres ; au visage, ces taches sont plus disséminées et plus pâles ; elles manquent à la face palmaire des mains ; peu nombreuses sur le dos du pied, elles font défaut à la plante.

Les taches présentent toutes la même teinte café au lait.

D'après la malade, à certaines époques, particulièrement l'hiver, elles deviendraient plus foncées.

Des plaques de même couleur, mais beaucoup plus grandes, car elles atteignent presque 2 centimètres de diamètre, sont disséminées sur la surface du corps en nombre relativement considérable.

La malade présente, d'autre part, des nodules fibreux. Les uns sous-cutanés, d'un centimètre de diamètre en moyenne, sont mous à la palpa-

tion, non douloureux ; la peau glisse facilement sur eux ; les autres, plus saillants et moins volumineux, sont inclus dans le derme.

Sur le dos, la malade a de nombreux molluscums fibreux.

Notons encore une ichthyose généralisée, prédominant sur les jambes et les bras ; la desquamation s'y fait en petites lamelles.

Enfin, il y a une dizaine d'années, la malade s'est aperçue de l'existence d'une tumeur répondant à la partie supérieure gauche de son ventre ; le volume de cette tumeur a peu à peu augmenté.

Il y a 3 ans environ, cet accroissement s'est accentué en même temps que le néoplasme devenait douloureux.

Actuellement, c'est une masse visible à l'inspection, régulièrement arrondie, de quatre travers de doigt environ de diamètre : elle répond supérieurement au rebord costal, dont elle reste séparée par un interstice et paraît sous-jacente à l'aponévrose du grand droit gauche de l'abdomen.

Mobile sur la peau, elle est immobile sur les plans profonds.

Elle est douloureuse à la palpation et spontanément, avec irradiations dans l'épaule gauche et le bras gauche, suivant le bord cubital du membre, jusqu'au petit doigt. Elle continue à augmenter de volume.

La malade présente un état nerveux assez prononcé. Elle est impressionnable ; elle accuse des battements vasculaires au cou ; son corps thyroïde est un peu saillant ; il en est de même de l'un de ses yeux ; elle est donc vraisemblablement atteinte d'un début de maladie de Basedow.

Ainsi que nous le faisons ressortir par le titre de cette communication, la dermatose de cette malade est remarquable par l'intensité que présentent les troubles de la pigmentation : ils sont pour ainsi dire généralisés à toute la surface tégumentaire, sous des formes diverses, puisqu'à côté de la coloration bistrée généralisée et des petites taches qui s'en détachent, il y a de nombreuses macules beaucoup plus étendues ; il est ici, comme dans les cas de Thibierge, de Leredde et d'autres, de toute évidence que ces dystrophies pigmentaires ne sont pas l'expression d'une cachexie banale et qu'elles appartiennent en propre à la maladie qu'elles contribuent à caractériser. Comme phénomène insolite, la masse profonde abdominale mérite l'attention : il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un fibrome analogue à ceux que l'on trouve dans les tissus dermique et sous-dermique. On peut, en effet, en raison de la date reculée à laquelle remonte l'apparition de ce néoplasme, éliminer l'hypothèse d'une tumeur maligne ; sa consistance ferme conduit également à rejeter l'idée d'un lipome ou d'un kyste ; les conditions dans lesquelles cette masse est survenue permettent d'admettre avec une grande vraisemblance que nous avons affaire à une néoplasie de même nature que les fibromes cutanés et sous-cutanés : on a signalé déjà, dans cette maladie, des néoplasies sous-dermiques : ici, l'altération paraît être sous-aponévrotique : elle atteint des dimensions tout à fait exceptionnelles.

Ce fait clinique montre bien que cette maladie ne consiste pas seu-

lement dans le développement de neuro-fibromes ; les troubles profonds de la pigmentation, l'existence d'une leucocytose concomitante, montrent que la nutrition de la peau est troublée diversement : la coïncidence des dystrophies épidermiques et des néoplasies neurofibromateuses superficielles et profondes ne peut-elle, dans l'état actuel de nos connaissances embryogéniques, recevoir une explication plausible ? Il y aura des recherches à faire dans cette direction.

Sur deux cas fraternels d'alopécie congénitale de nature indéterminée.

Par MM. HALLOPEAU et RUBENS DUVAL.

L'alopécie des deux petites filles dont nous relatons l'observation est intéressante surtout par l'obscurité de son étiologie.

Elles sont âgées, Angèle R..., de 8 ans, Marie R..., de 7 ans.

Leurs antécédents héréditaires sont nuls. — La mère était bien portante quand elle a eu ses enfants, 2 filles qui font l'objet de cette observation, 1 garçon actuellement vivant et pourvu d'une abondante chevelure.

Elle n'a jamais eu de fausse couche ; les trois enfants sont nés à terme.

Parents et collatéraux ont une chevelure bien fournie.

Antécédents personnels. — A leur naissance, les deux petites filles ne présentaient sur la tête que quelques rares poils follets d'un blond très pâle et très clairsemés.

Les cheveux ne poussèrent jamais abondamment. Dès qu'ils atteignaient 1 centimètre de longueur environ, ils tombaient. Cette chute des cheveux s'est toujours faite sans occasionner le moindre prurit.

En dehors de cette affection pilaire, on ne note dans les antécédents des petites malades que la rougeole qu'elles auraient eue toutes les deux ainsi que la coqueluche.

Les enfants sont d'ailleurs de bonne santé habituelle. Leur développement physique et intellectuel est normal.

État actuel. — Les cheveux ont une distribution régulière sur toute la tête. Les troubles trophiques présentent partout le même aspect sans prédominance en aucune région particulière ; il n'y a, ni places complètement glabres, ni régions plus fournies de poils. La dystrophie pilaire est généralisée à tout le cuir chevelu.

Les cheveux sont rares et disséminés, très clairsemés. Ils sont très courts, car ils tombent dès qu'ils dépassent 1 centimètre de longueur. Ils sont très grêles et d'un blond si pâle qu'ils semblent presque décolorés. Ces cheveux restent facilement entre les doigts qui les saisissent et l'enfant ne sent pas qu'on les lui arrache. Cependant, à côté de ces poils follets, blonds et minces, on en rencontre, en très petit nombre, de plus longs et plus volumineux, de nuance châtain foncé, qui résistent à la traction et semblent représenter les cheveux à peu près normaux.

Dans l'intervalle des cheveux, la peau apparaît avec son aspect normal, elle n'a pas l'aspect lisse non plus que poli, ni granité.

Les cheveux, examinés au microscope, apparaissent minces, transparents, mais régulièrement calibrés et ne présentant ni renflements, ni rétrécissements.

Les sourcils contrastent avec la chevelure : peu fournis en réalité, mais plus cependant que ceux de la mère, ils sont normaux à la fois par la quantité et la qualité de leurs poils. Les cils sont également normaux.

A l'examen des fillettes, on ne trouve, comme autres particularités, que quelques lésions dentaires. Les incisives sont en effet légèrement crénelées. Ceci est surtout marqué pour les deux incisives inférieures de la petite Marie R... Les autres dents sont normales. D'ailleurs, les enfants n'ont jamais eu d'affections des yeux ni des oreilles ; elles n'ont jamais présenté d'éruption cutanée et l'interrogation relative à la spécificité reste également négative en ce qui concerne les parents.

En présence de cette alopécie, nous avons tout d'abord recherché s'il ne s'agissait pas d'une aplasie moniliforme. On a vu, par notre description, qu'il n'y en a pas trace.

On ne note pas non plus, chez ces enfants, cet état granité du cuir chevelu qui accompagne d'ordinaire cette aplasie.

Il ne s'agit pas davantage d'une calvitie héréditaire : les parents directs, collatéraux et ascendants, ne présentent en effet rien de semblable ; il ne semble pas que l'on puisse faire intervenir une influence spécifique, car il n'existe chez ces enfants aucun signe de syphilis héréditaire ; nous ne pouvons donc que constater notre ignorance absolue des causes qui ont pu déterminer chez ces deux jeunes filles cette atrophie congénitale de toute la chevelure.

M. Brocq. — On a déjà décrit des dystrophies pilaires analogues, surtout chez les jeunes filles. Dans quelques-uns de ces faits que nous avons observés les cheveux étaient analogues à de l'étoupe et tombaient après un certain temps. Ils ne pouvaient atteindre une longueur supérieure à quelques centimètres.

M. Sabouraud. — Je connais des faits semblables ; il s'agit vraisemblement de dystrophie, mais l'origine des lésions est totalement inconnue. Ce que je sais, c'est que toutes ces dystrophies pilaires sont améliorées par l'huile de cade.

M. Brocq. — Il y a grand intérêt à publier ces faits, car la plupart des praticiens les ignorent complètement.

Pelade d'origine dentaire ; traitement stomatologique ; guérison très rapide.

Par M. Jacquet.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint depuis un an environ de névralgies faciales à *maximum* très net du côté *gauche*.

Depuis près de huit mois, il a remarqué une petite zone de dépilation rétro-auriculaire *gauche*, qu'il a traitée de diverses manières, y compris par une méthode conseillée à l'hôpital Saint-Louis.

Le mal s'accroissant, il m'a consulté le 22 avril : l'aire était alors égale à la surface de la paume de la main et glabre, rigoureusement. Il y avait hyperesthésie profonde à maximum *gauche*.

Je lui conseillai un traitement énergique : massages répétés, et frictions excitantes. J'ajoutai que je jugeais indispensable la réparation de trois caries douloureuses, une à *droite*, deux à *gauche*.

M. X... négligea ce conseil : la dépilation diffuse et l'extension peladique continuèrent.

Enfin, les premiers jours de mai, il subit, de la main exercée de notre confrère le Dr Robin, les soins stomatologiques nécessaires : plombage de l'une des caries ; extraction de deux molaires ; mise de la bouche en bon état.

Trois jours plus tard les névralgies, qui duraient depuis un an environ, disparaissaient. Puis en une à deux semaines, la dépilation diffuse et l'extension peladique s'arrêtaient, et la repousse pilaire, colorée et solide, commençait et s'accentuait rapidement sur toute l'étendue de l'aire.

Je continuerai d'observer ce malade et informerai exactement la Société de son état.

M. Galippe. — J'ai suivi avec grand intérêt les travaux de M. Jacquet. Sa théorie s'appuie sur des arguments physiologiques très sérieux ; je ne puis cependant l'admettre sans quelque réserve.

La carie dentaire et l'irritation gingivale sont des affections fréquentes ; j'ai vu aussi un très grand nombre de cas de pyorrhée alvéolaire, affection dont je me suis occupé tout spécialement ; or, je n'ai pas rencontré un seul cas de pelade. J'en suis d'autant plus surpris que, dans la clientèle privée, la pelade passe difficilement inaperçue.

M. Sabouraud. — Je ferai remarquer que, chez le malade présenté par M. Jacquet, il existe trois petites zones encore en activité, comme l'atteste la présence de cheveux peladiques indiscutables.

M. Du Castel. — J'ai observé dernièrement chez une dame, deux petites plaques peladiques à la nuque ; ces plaques étaient apparues huit jours après une aurification dentaire, et cette dame les attribuait à ce fait que le dentiste n'avait pas renouvelé la serviette sur laquelle les patients appuient ordinairement la tête. On n'admet plus guère aujourd'hui la contagion de la pelade. Faut-il accepter l'interprétation de cette malade ou admettre que la pelade a été due à l'aurification dentaire ?

M. Galippe. — Je ne connais pas assez la pelade pour émettre un avis à

ce sujet. J'ai voulu faire remarquer seulement que j'ai eu jusqu'à présent la mauvaise fortune de ne pas rencontrer un seul cas de pelade chez les malades que j'ai eu à soigner. Aujourd'hui tous les stomatologistes, élevés dans l'idée que la pelade est contagieuse, renouvellent pour chaque malade la serviette sur laquelle repose la tête.

M. Barthélemy. — Je crois devoir déclarer une fois de plus que les travaux de M. Jacquet ne m'ont pas convaincu et que je reste partisan de la *nature contagieuse*, et par conséquent parasitaire de la pelade. Ce que M. Jacquet nous montre, c'est, à mon avis, le terrain d'élection pour le parasite et les conditions les plus favorables à sa réceptivité. Ceci nous explique pourquoi telle personne prend la pelade alors que telle autre ne la prend pas; c'est l'histoire du vieux mur qui se couvre de plantes semées par le vent et du mur neuf qui, exposé aux mêmes semences, reste sans végétation. C'est ce qui fait que les expériences pour démontrer la contagiosité de la pelade peuvent très bien rester stériles sans que pour cela soit en rien compromise la doctrine de la contagiosité de la pelade. D'autre part, telles personnes de même tempérament, comme le frère et la sœur dont parle M. Jacquet, peuvent très bien contracter la pelade, chacun de son côté, sans qu'on puisse invoquer la contagion de l'un à l'autre, tout simplement parce qu'ils ont présenté chacun le milieu favorable au parasite qui a trouvé les conditions nécessaires à son développement.

Personne ne nous a encore dit pourquoi le phthirius pubis ne se plaisait pas sur la tête et pourquoi le pediculus capitis ne se plaisait que dans le cuir chevelu ; et, pour nous servir d'une comparaison moins grosse, pourquoi la teigne tondante ne se montrait plus au delà de 16 à 20 ans ? Il y a donc des conditions de développement que, non seulement nous ne savons pas réaliser, mais que nous ignorons complètement. Quand je parle de contagion de pelade, il est bien entendu que je ne parle que de la pelade vraie et non des pseudo-pelades syphilitiques et autres. Le virus syphilitique, par son action, peut d'ailleurs faire tomber les cheveux et les poils comme il fait tomber, dans d'autres cas, les ongles par des mécanismes dont nous ne savons pas non plus le premier mot. Il n'en est pas moins vrai que je persiste à considérer comme une erreur la manière de voir qui range la pelade parmi les trophonévroses et parmi les effets à distance d'une cause siégeant dans la bouche par exemple ou dans le reste du tube digestif ? Je pense même que cette doctrine est fâcheuse en ce sens qu'elle fera prendre moins de précautions et dans l'isolement des plaques malades et dans les diverses conditions où la maladie peut se contracter. Comme le disait dernièrement à la Société de Stomatologie M. le Dr Cruet, on a guéri de tout temps de nombreux cas de pelade sans jamais traiter pour cela les dents ou les gencives. On guérirait donc les effets sans combattre la cause !

Je me résume en disant que, si la pelade n'est contagieuse que dans certaines conditions, que s'il n'est pas nécessaire d'exclure de l'école ou de l'atelier le sujet atteint de pelade, à condition que l'on isole et soigne bien chaque placard dénudé, à condition aussi que les sujets sains ne puissent se servir des objets ni de toilette, ni de coiffure du malade, il y a lieu toutefois de conseiller les mêmes précautions que jadis contre la désinfection des voitures, des wagons, des fauteuils-sièges de dentiste, de tous les endroits,

en un mot, où la chevelure peut être frottée et contaminée. Il y a lieu surtout de recommander le flambage des instruments des coiffeurs; car, je crois que c'est la tondeuse, que c'est la brosse, que c'est la coiffure qui sont les moyens les plus habituels de la transmission peladique. J'estime pour ma part que l'on verra plus de pelades chez le coiffeur que chez le dentiste. Dernièrement j'observais le fait suivant : la coiffure d'un enfant était emportée dans la rue par le vent, et portée dans un tas de crottin de cheval séchant au soleil et tombant en poussière. D'autres enfants, au sortir de l'école, ramassèrent la coiffure (un béret) et la mirent, en jouant, toute couverte de poussière et de pellicules contaminées, sur la tête les uns des autres. Voilà pour moi un des modes les plus fréquents de transmission des teignes, des pelades, des séborrhées.

Mon désaccord n'empêche pas d'ailleurs, je le dis encore, que je trouve très intéressantes les recherches de notre collègue M. Jacquet.

M. Brocq. — Il y a ici deux questions en discussion : celle de l'origine dentaire de la pelade et celle de la nature contagieuse de l'affection.

A propos de l'origine dentaire de la pelade, je rappellerai que M. Jacquet a présenté à la Société une petite malade de mon service, atteinte de pelade et de lésions dentaires. Je peux aujourd'hui compléter l'histoire de ce cas. Les plaques peladiques continuèrent leur évolution pendant 3 ou 4 semaines ; puis on soigna les dents et les gencives et aussitôt les lésions peladiques commencèrent à guérir. Il est vrai qu'en même temps l'état général s'améliorait; aussi je cite le fait sans le commenter.

En ce qui concerne les faits de contagion peladique, je crois qu'il faut ne les accepter qu'avec beaucoup de réserves. Dernièrement on me présentait un mari et sa femme atteints, disait-on, tous deux de pelade. Or l'alopécie du mari était en réalité une pseudo-pelade dont le début remontait à 18 mois ; la femme avait une pelade vraie qui datait de 1 mois; et ils n'étaient mariés que depuis 5 jours.

M. Sabouraud. — J'ai observé avec M. Jacquet un cas d'alopécie chez le père et chez l'enfant; nous avions porté le diagnostic de pelade, et M. Jacquet, ayant constaté des caries dentaires chez les deux malades, publia ce fait en notre nom commun comme un faux exemple de contagion peladique. J'ai revu ces malades et j'ai pu vérifier que l'alopécie de l'enfant n'était pas peladique, mais post-impétigineuse.

Je voudrais insister sur l'aspect différent de la pelade vraie et des alopécies peladoïdes. M. Jacquet nous a reproché quelquefois et avec raison de ne pas assez considérer l'état général des peladiques; on pourrait lui reprocher de ne pas assez considérer la plaque peladique elle-même. Le cheveu peladique a des caractères spéciaux qu'on ne retrouve que dans certaines alopécies consécutives aux rayons de Röntgen ; il a par lui-même une valeur diagnostique considérable.

M. Jacquet. — Il n'est pas surprenant que les stomatologues n'aient pas observé la pelade. La relation que j'établis était, jusqu'à ce jour, insoupçonnée ; ni les malades, ni les dentistes ne pouvaient songer à une recherche, ou même à une question dans ce sens. Mais je pense qu'ils en rencontreront désormais, si mes idées se vulgarisent.

Les trois points suspects que signale M. Sabouraud chez mon malade seront observés, et la Société avertie de leur évolution ultérieure. Je ne veux pas discuter pour le moment l'opinion de mon collègue et ami, relative à la distinction radicale qu'il exige entre *pelade*, et dépilation *peladiforme* post-impétigineuse, pas plus que la valeur qu'il attribue à certains caractères soi-disant pathognomoniques du poil. Mais je tiens à le dire, sur tous ces points, je suis en désaccord complet et profond avec lui.

Tout autant que M. Barthélemy, je tiens à voir les coiffeurs et leurs instruments aussi *aseptiques* qu'il se pourra : la pelade n'est pas contagieuse, mais d'autres dermatoses le sont. Et il est juste de remarquer avec M. Brocq que, malgré la réglementation administrative adoptée en France contre la pelade, cette maladie n'a fait que progresser jusqu'ici.

Traitement comparé des lupus tuberculeux étendus par la photothérapie et d'autres méthodes.

Par M. Danlos.

Depuis l'introduction par Finsen de la radiation lumineuse dans la thérapeutique, depuis la construction du coûteux matériel nécessaire au traitement du lupus par ce procédé, l'opinion tend à se répandre dans le grand public et même dans le monde médical que ce traitement est supérieur à tous les autres et destiné à les remplacer. Sans nier en aucune façon l'utilité de la photothérapie, je crois que l'on peut obtenir *plus rapidement* d'aussi bons résultats par d'autres procédés et, à titre de faits probants, je présente trois malades de son service.

1° Une jeune femme atteinte de lupus tuberculeux très vaste s'étendant verticalement des sourcils au cou, et transversalement d'une oreille à l'autre. Après avoir subi 233 séances de photothérapie (45 appareil de Finsen, 188 appareil Genoud et Lortet simple ou modifié par Broca), ce lupus est certainement modifié, mais il l'est peu et la guérison complète, si elle doit être obtenue, nécessitera encore plus de 500 séances.

2° Une femme atteinte également d'un lupus très étendu et que j'ai traité par le procédé que j'ai fait connaître sous le nom de *procédé des couples*. Le lupus occupait toute la moitié droite de la face au-dessous de l'œil, depuis le nez jusqu'à l'oreille, déjà détruite dans sa moitié inférieure. A gauche le lupus occupait la plus grande partie de la joue. Cette malade a été traitée et guérie en deux mois. La cicatrice est lisse et régulière, aussi belle que dans les meilleurs cas traités par la photothérapie. Depuis deux ans la guérison s'est maintenue parfaitement à droite. A gauche, trois tubercules ont reparu depuis peu dans la cicatrice. Cette malade n'a été revue que grâce à un cancroïde développé depuis quelques mois sur la cica-

trice lupique de la face à droite, près de la commissure. Ce cancroïde, grand comme une pièce de deux francs, a été guéri au moins provisoirement par curettage et cautérisation au caustique de Filhos.

3° Une femme opérée depuis trois ans par grattage sous le chloroforme, suivi de la cautérisation des surfaces cruentées par le chlorure de zinc en deliquium. Chez cette femme le nez avait disparu, toute la face au-dessus des yeux était envahie et en outre elle portait sur la jambe et la cuisse droite une vingtaine au moins de foyers tuberculeux. Une séance de grattage, suivie pour l'entrée des narines de vigoureuses cautérisations ignées, a suffi pour amener dans tous ces foyers une guérison qui se maintient *complète* et sans aucune récidive avec belles cicatrices *depuis trois ans*.

Autant qu'on en peut juger par analogie, la photothérapie n'aurait pu mieux faire, et en supposant qu'elle eût pu donner les mêmes résultats, ceux-ci auraient demandé un temps *infiniment* plus long, des centaines de séances comme dans le premier cas et peut-être autant d'années qu'il nous a fallu de semaines.

M. Balzer. — J'ai pu constater, en prenant le service de M. Tenneson dans cet hôpital, plusieurs beaux résultats obtenus par notre collègue avec les caustiques chimiques.

M. Leredde. — Deux des malades présentées par M. Danlos montrent simplement qu'on peut obtenir de bons résultats avec d'autres traitements que la photothérapie. Ces traitements prendront une valeur quand on pourra nous montrer les effets dans un grand nombre de cas.

Chez la troisième, la photothérapie n'a pas eu jusqu'ici, d'après M. Danlos, une action très efficace; mais il faudrait savoir quels traitements cette malade a déjà subis, pendant combien de temps et avec quels résultats. Ces notions sont indispensables à connaître pour apprécier la valeur de la photothérapie.

M. Chatin. — La malade que présente M. Danlos est améliorée notablement; lorsqu'elle a été soumise au traitement photothérapique, elle était dans un état épouvantable; nous avons cru longtemps nous trouver en présence d'un de ces cas de *lupus intractabilis*, dont parle Finsen, et qu'il a rencontrés dans la proportion de 2 à 3 p. 100. De plus, la malade n'a que depuis peu bénéficié de notre expérience acquise dans le maniement de la photothérapie, et la durée du plus grand nombre des séances auxquelles elle a été soumise n'a pas dépassé un quart d'heure à vingt minutes avec l'appareil Lortet-Genoud, période d'exposition tout à fait insuffisante.

M. Danlos. — J'attire l'attention sur les surfaces ulcéreuses qui ont été soumises à l'action du radium; la guérison de ces surfaces est très longue; je présenterai de nouveau cette malade dans quelques mois, afin que la Société puisse se rendre compte de l'action du radium.

M. Galezowski. — M. Danlos présente trois malades, dont l'une est atteinte d'altération palpébrale et d'eczéma : la malade qui présente le lupus

de toute la face et surtout du bord palpébral des deux yeux, ayant amené des ectropions larges cicatricielles.

Or, je rencontre, dans mes consultations ophtalmologiques, un certain nombre des malades, atteints d'un lupus de la face, localisé au pourtour des paupières et qui amènent à la longue des ectropions analogues à ceux que nous voyons chez la malade de M. Danlos, développés à des degrés différents. Ce qui m'avait frappé presque toujours dans cette maladie, c'est que la sécrétion lacrymale était généralement trop abondante ; elle était due d'abord à l'oblitération ou la déviation des points lacrymaux et ensuite à la nature de la sécrétion lacrymale elle-même. Les larmes, en effet, au lieu d'être neutres, sont presque toujours alcalines, très fortement alcalines, d'où l'indication du traitement par des lotions avec des collyres acides que j'ai appliqué et qui m'ont donné d'excellents résultats. D'autre part, il faut déboucher les voies lacrymales, et rétablir l'absorption des larmes. Cependant la malade de M. Danlos a été soignée, dit-elle, pendant longtemps à l'Hôtel-Dieu, et personne n'a songé à faire déboucher les voies lacrymales. Les points lacrymaux sont encore complètement bouchés et les paupières inférieures ectropionnées.

D'autre part, comme les larmes sont presque toujours, chez ces malades, alcalines, il est indispensable de faire des cautérisations des paupières aussi bien que des points ulcérés de la face avec des acides, des solutions acides plus ou moins concentrées, soit d'acide chlorhydrique, soit d'acide cyanhydrique, et on obtiendra ainsi des améliorations et peut-être même des guérisons d'autres points de lupus de la face.

M. Moty. — Je voudrais profiter de l'intéressante présentation de M. Danlos pour mentionner une méthode de traitement du lupus très avantageuse dans les cas moins rebelles et d'une application extrêmement simple : après lotion locale au sublimé au 1000e, j'injecte dans chaque nodule une minime quantité de naphtol camphré, soit 1/4 ou 1/8 de goutte suivant le volume du nodule ; ce traitement est très peu douloureux ; on peut faire de quatre à huit piqûres par séance ; une séance par semaine suffit. Le nodule injecté blanchit sous l'injection, puis noircit les jours suivants et se transforme en escarre sèche qui tombe bientôt, laissant à sa place une plaque cicatricielle blanche peu apparente. Il faut un peu de patience quand il s'agit d'une grande plaque ; mais une jeune institutrice menacée de perdre sa place a obtenu une guérison apparente en quelques mois entre les mains d'un confrère auquel j'avais indiqué ce traitement, sans être obligée de s'interrompre dans ses fonctions. Dans les cas bénins peu étendus on arrive en un ou deux mois à une guérison apparente ou définitive.

M. Leredde. — M. Moty croit-il que ce traitement soit réellement curatif ?

M. Moty. — Je ne puis dire s'il donne une guérison définitive.

M. Brocq. — Le traitement du lupus par la photothérapie est encore à l'étude; aussi devons-nous remercier les dermatologistes qui apportent des documents sur ce sujet.

Cas hybride d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeux de la jambe.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte d'éléphantiasis de la jambe. Indépendamment d'une volumineuse tuméfaction dure et pachydermique d'où résultait l'aspect éléphantiasique, on trouvait sur la jambe d'anciennes cicatrices à bords pigmentés, des ulcérations à bords épais non décollés; une exostose sur le tibia. De plus, sur les côtés du pied et sur sa face dorsale se voyaient des bandes verruqueuses ayant typiquement l'aspect du lupus scléreux. Le revêtement corné de ces plaques était très adhérent. Enlevé par des pansements humides, il laissait voir une surface hérissée de papilles filiformes ou massuées à centre vasculaire, telles qu'on les voit d'ordinaire dans le lupus scléreux. Se fondant sur cette apparence, l'auteur se croit autorisé à admettre l'existence d'un lupus scléreux hypertrophique. La syphilis, d'autre part, étant rendue certaine par l'exostose et une iritis tardive développée quelques jours après l'entrée à l'hôpital, le présentateur conclut à la présence d'une lésion hybride à la fois syphilitique et tuberculeuse.

L'influence du traitement spécifique (sirop mixte, et iodure) a été très promptement favorable. Les ulcères se sont très rapidement cicatrisés. Les bandes scléro-papillomateuses ont elles-mêmes beaucoup régressé.

M. Balzer. — J'ai présenté l'an dernier à la Société, avec M. Lecornu, une série de pieds ainsi sclérosés par la syphilis sans intervention de lupus.

Teigne tondante à petites spores avec efflorescences cutanées.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'un enfant de 9 à 10 ans, atteint d'une tondante à petites spores cliniquement typique et vérifiée au microscope. Le front, le côté droit du nez; le cou et la nuque en totalité, la partie supérieure du tronc et des bras étaient couverts d'anneaux rouges offrant le type parfait de l'herpès circiné.

Depuis les travaux de Sabouraud, il est et demeure acquis que les efflorescences cutanées abondantes et du type herpès circiné sont l'apanage de la tondante trichophytique. Comme toutes les règles cliniques, celle-ci souffre des exceptions, et c'est à ce titre que le malade ci-dessus a paru mériter une présentation.

Psoriasis palmaire et plantaire.

Par M. Milian.

R..., 52 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une hernie étranglée. N'était jamais malade de son vivant.

Mère morte à 65 ans d'une maladie de cœur.

La malade a six frères et sœurs tous très bien portants. Elle a eu un *frère mort* en venant au monde.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans ; elle n'a jamais eu d'enfants quoique mariée. Elle n'a pas fait non plus de fausse couche.

A 24 ans, elle eut de violentes douleurs au creux épigastrique avec irradiations vers l'ombilic et les aines, et non vers l'épaule droite. Un médecin les qualifia de coliques hépatiques. Ces douleurs auraient duré 2 ans, et se seraient accompagnées non d'une véritable jaunisse, mais d'une teinte foncée de la peau, sans décoloration des matières.

Le 22 juin, elle a eu une attaque analogue, extrêmement douloureuse. Elle est très constipée, et a des glaires dans ses matières. Peut-être les crises douloureuses en question sont-elles tout simplement en rapport avec des crises d'entéro-colite muco-membraneuse, quoique la malade affirme avoir trouvé de petits calculs dans les garde-robes.

L'affection cutanée a débuté il y a six mois par la main gauche, en plein milieu de la paume, par un petit bouton dur et corné du volume d'un grain de millet. La main droite fut prise un mois après également en plein milieu de la paume.

La plante des pieds est prise depuis 2 mois seulement.

Aujourd'hui 4 juin, les deux mains sont prises d'une manière à peu près symétrique. La description de l'une pourra donc suffire. Sur la paume de la main gauche en son milieu existe un vaste placard de 6 à 7 centimètres de long sur 3 à 4 de large, arrondi à son extrémité inférieure, avec un prolongement qui s'étend jusqu'au voisinage de la première ligne du pli articulaire du poignet. C'est un placard squameux, à squames sèches un peu jaunâtres, larges et minces, limitées par les plis de la paume. Leurs bords sont soulevés et ont tendance à s'exfolier. Leur présence exagère la profondeur des plis de la paume qui, d'autre part, montrent quelques excoriations légères.

Les squames existent sur toute la surface du placard. A la périphérie il existe une petite bordure de couleur cuivrée, non saillante, dont la lèvre interne est squameuse et soulevée.

On trouve en outre un élément du volume d'un grain de millet, siégeant à la base du pouce ; elle est évidemment la lésion initiale, plate, d'apparence cornée et qui au grattage prend l'apparence micacée de la plaque psoriasique (signe de la tache de bougie).

Au niveau des doigts pris en presque totalité, sinon au niveau des phalanges unguéales respectées aux deux mains, les lésions sont analogues à la lésion de la paume à contours nettement arrêtés et très squameux. Il n'y a pour ainsi dire pas d'infiltration des téguments.

La face dorsale des mains est indemne. Mais la face dorsale des doigts est

prise en presque totalité, surtout au niveau des articulations des premières et deuxièmes phalanges.

Les ongles ne présentent aucune altération.

A la plante des pieds les placards sont plus discrets, moins exfoliés et plus kératosiques.

La lésion démange très peu depuis 4 jours. Mais au début les démangeaisons étaient très violentes, surtout le matin au réveil.

Le reste de la surface du corps est indemne, mais depuis deux semaines sont apparus au-devant des deux genoux et au niveau, des placards qui sont nettement psoriasiques.

Le professeur Fournier avait porté le diagnostic de syphilide palmaire avant l'apparition des placards des genoux. Le traitement spécifique (4 injections d'huile grise) est resté sans résultat. Malgré la plus minutieuse enquête, il n'a pas été possible de trouver trace de syphilis chez cette femme.

Nous croyons pouvoir éliminer les différentes affections kératodermiques autres que le psoriasis palmaire :

L'*eczéma* est irrégulier, mal limité. Et la séborrhée qui l'accompagne si souvent est ici absente.

Le *pityriasis* rubra n'est jamais aussi localisé. Il en est de même du lichen plan.

La *syphilis* doit être rejetée à cause de l'absence d'antécédents, de l'absence d'infiltration, de l'apparence purement cornée et non papulo-squameuse de la lésion initiale.

Le *psoriasis* nous paraît devoir être retenu à cause de la progression excentrique de la lésion, de ses contours réguliers et polycycliques, de la présence de papules squameuses donnant le signe de la tache de bougie au-devant des deux genoux, du terrain arthritique et de l'hépatisme de la malade. La papule cornée qui est la lésion initiale et devient micacée au grattage est surtout caractéristique.

M. Du Castel. — Je crois qu'il faut écarter ici la syphilis ; si les lésions ressemblent par places au psoriasis, elles rappellent aussi par endroits le pityriasis rubra pilaire.

M. Brocq. — Il est en effet difficile d'affirmer s'il s'agit de psoriasis ou de pityriasis rubra pilaire. Les lésions des coudes et des genoux peuvent exister aussi dans le pityriasis. Cependant, j'admettrais plus volontiers qu'il s'agit de psoriasis, car dans le pityriasis rubra pilaris les lésions des paumes des mains sont plus diffuses, moins nettement limitées que celles-ci. En outre, il n'y a aucun vestige de cônes circumpilaires à la face dorsale des phalanges.

Bec-de-lièvre chez un hérédo-syphilitique et syphilides secondaires.

Par M. G. Baudouin.

Voici un bébé de 2 mois que j'ai cru intéressant de présenter à la Société pour les raisons suivantes : il est porteur d'un bec-de-lièvre

double et de manifestations syphilitiques secondaires évidentes.

La mère, âgée de 28 ans, a eu huit grossesses :

Première grossesse à 19 ans, enfant à terme, bien portant, vivant encore.

Deuxième grossesse à 21 ans, enfant à terme, bien portant, vivant.

Troisième grossesse à 23 ans, enfant à terme, bientôt atteinte d'une éruption pour laquelle elle fut soignée à Saint-Louis par M. Du Castel.

Quatrième grossesse à 25 ans, avortement à 6 mois et demi. Au quatrième mois de cette grossesse, la mère fut atteinte d'une éruption de syphilides secondaires, vulvaires et buccales, pour laquelle on lui administra, dans le même hôpital, un traitement pilulaire.

Cinquième grossesse, avortement à 7 mois.

Sixième grossesse, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort-né.

Septième grossesse, accouchement à terme d'un enfant qui est bientôt après « couvert de boutons » et meurt au bout de cinq semaines.

Huitième grossesse, accouchement à terme de l'enfant actuel qui naît avec un bec-de-lièvre double. Depuis une quinzaine de jours, l'enfant présente des plaques muqueuses buccales, du coryza spécifique et des syphilides indiscutables au médius de la main gauche, aux fesses et aux membres inférieurs.

Le mercredi 28 mai, nous voyons le petit malade pour la première fois à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et nous lui prescrivons des frictions mercurielles, qui amènent en quelques jours une amélioration rapide des lésions muqueuses et cutanées. La mère, qui porte encore en différentes régions des taches de syphilides effacées, est soumise au traitement mercuriel (pilules de protoiodure).

Voici donc un enfant qui, issu d'une mère manifestement syphilitique, présente à sa naissance des troubles dystrophiques attribuables à l'hérédité spécifique. Cependant 6 semaines après, environ, il est atteint de manifestations syphilitiques secondaires qui viennent confirmer l'opinion émise récemment par M. le professeur Fournier, à savoir que les dystrophies des sujets hérédo-spécifiques ne les mettent pas à l'abri de l'infection syphilitique.

Une famille d'hérédo-syphilitiques (pelade, kératose folliculaire du cou, stigmates de syphilis héréditaire).

Par MM. Gaucher et Babonneix.

Nous présentons à la Société de Dermatologie l'observation d'une famille d'hérédo-syphilitiques composée de trois enfants : l'aîné atteint de pelade, les deux derniers de kératose folliculaire du cou ; de plus, le plus jeune des enfants présente des stigmates indéniables de spécificité héréditaire : nez en lorgnette, coryza et otorrhée chroniques datant de la naissance, malformations dentaires, etc. Bien que le second des enfants paraisse absolument sain, sa

kératose folliculaire a cédé rapidement au traitement mercuriel pour reparaître presque immédiatement après cessation de ce traitement. Il semble donc que, jusqu'à un certain point, cette lésion relève, elle aussi, de l'hérédo-syphilis, et que cet enfant soit, comme son jeune frère, un spécifique. Quant à la pelade du premier, nous ne pouvons que faire des hypothèses sur sa nature : est-elle contagieuse, comme tendraient à le faire croire les récits de la mère, ou est-elle d'ordre dystrophique ? Nous ne pouvons, à l'heure actuelle, donner la solution de ces questions et nous publions cette observation comme une observation d'attente, destinée à attirer l'attention des syphiligraphes sur les rapports éventuels de certaines pelades et de l'hérédo-syphilis.

Les *antécédents héréditaires paternels* semblent nettement spécifiques : cet homme, qui est âgé de 35 ans et exerce le métier de charron, présente en effet, depuis quelques années, des signes non douteux de syphilis, tels que céphalées fréquentes, chute des cheveux, maux de gorge.

La *mère*, âgée de 29 ans, est assez délicate, sujette aux rhumes et aux bronchites, elle souffre presque continuellement de la tête depuis trois ou quatre ans ; comme antécédents pathologiques, on note chez elle une métrite, soignée il y a deux ans à Saint-Antoine par M. Siredey, et, tout récemment, un eczéma des mains traité par M. Gaucher.

Comme probabilités spécifiques, on relève d'assez fréquents maux de gorge ; de plus, la malade a accouché, en décembre 1900, d'un enfant mort-né.

Les parents ont *cinq enfants* actuellement vivants :

1° Lucien, âgé de 12 ans.

2° Paul, âgé de 11 ans.

3° Ernest, âgé de 9 ans.

4° Clémence, âgée de 7 ans.

5° Jeanne, âgée de 4 ans et demi.

I. Observation de Lucien, 12 ans. — L'enfant n'a présenté, jusqu'en mars 1902, aucun *antécédent pathologique*. Il est né à terme à la suite d'une grossesse normale ; il a été nourri au sein maternel et n'a eu, pendant toute son enfance, aucune maladie éruptive ou autre.

En mars 1902, a commencé à apparaître sur la région temporale droite une plaque de pelade que la mère rapporte à la contagion, disant que, à l'école où va l'enfant, il y avait à cette époque plusieurs cas de pelade.

Actuellement, l'enfant présente, au niveau de la région temporale droite, une plaque en croissant, à grand axe vertical, ou plutôt un peu oblique en bas et en arrière, de 6 à 8 centimètres de long, sur 2 centimètres de large. Cette plaque est lisse, blanche, glabre, à contours réguliers ; elle présente, en somme, tous les caractères d'une *plaque peladique*, d'une forme un peu inusitée.

L'*état général* de l'enfant est d'ailleurs excellent ; les fonctions digestives, circulatoires, respiratoires, s'effectuent normalement, le système nerveux est intact, l'intelligence normale. L'enfant ne présente *aucun stigmate actuel*

d'hérédo-syphilis : il n'a pas le nez en lorgnette, les dents sont saines, les membres non déformés, il n'a rien du côté des yeux. En somme, tout se borne chez lui à une pelade, sans trouble de l'état général, sans stigmate dystrophique.

II. Observation de Paul, 11 ans. — Il n'y a rien à relever dans les *antécédents personnels* de cet enfant : il est né à terme, a été nourri au sein par la mère, il n'a jamais fait de maladie.

L'enfant porte sur le cou une *éruption* qui présente la localisation suivante. Elle prédomine au niveau de la nuque, s'atténue sur les parties latérales du cou et disparaît presque complètement sur les parties antérieures. On retrouve aussi quelques éléments au niveau de la région deltoïdienne gauche, de la clavicule droite et de la face antérieure du thorax.

Cette éruption est constituée par des élevures solides, de la grosseur d'une tête d'épingle, de la même coloration que les tissus voisins et présentant à leur centre un poil plus ou moins atrophié. Ces éléments font une saillie plus ou moins marquée sur les téguments voisins, saillie appréciable à la vue et plus encore au toucher, auquel elle donne la sensation d'une râpe fine. Au sommet d'un grand nombre d'éléments, sommet le plus souvent acuminé, mais quelquefois aussi plus ou moins émoussé, on voit une squame dure. La base de la papule, arrondie ou légèrement ovalaire, se continue sans démarcation bien nette avec le tégument voisin. Autour de la plupart de ces éléments, il n'existe aucune réaction inflammatoire ; cependant, autour de quelques-uns d'entre eux, il existe une aréole rouge peu étendue, dont les limites se fondent insensiblement avec le tissu sain.

Ces élevures sont plus ou moins serrées suivant les endroits; en particulier, au niveau des faces latérales du cou, elles sont beaucoup plus nombreuses que sur le reste de la région ; c'est également là qu'on observe les papules les plus volumineuses et les plus typiques, avec leur aspect acuminé, la squame qui les surmonte et, parfois, le poil atrophié autour duquel s'est développée la lésion papuleuse.

Ces lésions ont apparu il y a environ deux ans, sans cause appréciable. A ce moment, l'enfant a été amené à la consultation de M. Gaucher, où il a été mis au traitement spécifique. L'éruption n'a pas tardé à disparaître, mais, le petit malade ayant interrompu le traitement, l'éruption est revenue presque aussitôt et a présenté, depuis cette époque, les caractères qu'elle offre aujourd'hui.

L'*état général* de l'enfant est des plus satisfaisants. L'enfant joue et dort comme les enfants de son âge ; ses différentes fonctions s'accomplissent normalement, son développement physique et intellectuel est suffisant. Quant aux *stigmates d'hérédo-syphilis*, ils sont assez peu marqués ; les incisives médianes sont bien un peu obliques, convergentes, mais elles ne présentent pas d'échancrure, ni de cannelures ; il n'y a pas de microdontisme. La voûte du palais est un peu ogivale. Le crâne, les organes des sens, les membres sont normaux.

III. Observation d'Ernest, 9 ans. — L'enfant présente, au niveau du cou, une *éruption* offrant tous les caractères que nous venons de décrire, mais

plus accentuée. En particulier, les éléments papuleux sont plus volumineux, plus saillants, ils recouvrent une étendue plus grande des téguments.

Cette éruption date déjà de près de deux ans. Au début (octobre 1900) on avait noté sur la nuque et sur les parties latérales du cou, une foule de petites saillies confluentes donnant à la main la sensation d'une râpe fine. Quelques jours après, survenaient sur les mollets de nombreux petits éléments saillants, durs, ressemblant absolument à des éléments de kératose pilaire. L'enfant est mis alors au traitement spécifique, et, en décembre 1900, l'éruption de la nuque a totalement disparu. On cesse le traitement et aussitôt l'éruption reparaît avec ses caractères typiques.

L'enfant présente des *stigmates indéniables d'hérédo-syphilis*. Son nez est en lorgnette; il est atteint d'un coryza datant des premiers jours de la vie et ayant, à ce moment, empêché l'enfant de téter. Il a de l'otorrhée double datant également de la naissance. Quant aux dents, elles présentent quelques altérations : les incisives médianes supérieures sont obliques convergentes, les supérieures et les inférieures ont leur bord libre crénelé. La voûte du palais est ogivale, le crâne olympien. Il n'y a pas de microdontisme, il n'y a rien non plus du côté des yeux. Il n'y a ni spléno ni hépatomégalie, mais on trouve, dans les aisselles, des ganglions petits, durs, indolents, mobiles.

L'*état général* est absolument satisfaisant, les différentes fonctions sont normales, le développement physique et intellectuel est suffisant. Il n'y a pas de stigmates de dégénérescence.

En résumé, voici trois enfants, dont l'aîné présente une plaque de pelade d'une forme anormale, dont les deux autres sont atteints de kératose folliculaire du cou, curable par le traitement spécifique, et dont le troisième présente, en même temps, une déformation nasale caractéristique d'une ostéite syphilitique, avec quelques autres stigmates d'hérédo-syphilis.

Or, la kératose folliculaire est une affection rare, dont l'étiologie est mal connue; on n'est pas bien fixé non plus sur la nature de la pelade. Nous ne pouvons, bien entendu, tirer aucune conclusion d'une seule observation; mais, comme nous le disions, au commencement de cette communication, cette observation est un *document d'attente*, sur lequel nous appelons l'attention de nos confrères.

M. Jacquet. — On sait que la pelade est fréquente chez les syphilitiques; il faudrait rechercher s'il n'y a pas dans la bouche ou le pharynx quelque point de départ des alopécies syphilitiques.

M. Gaucher. — L'enfant atteint de pelade m'a paru avoir des dents en bon état.

M. Jacquet. — Je ferai remarquer qu'il est âgé de 13 ans et que c'est l'âge de l'une des dents les plus peladogènes.

Papillome de la commissure buccale.

Par M. BARBE.

A la séance du 7 mars 1901, M. Balzer a présenté un moulage représentant une petite tumeur située dans la commissure latérale droite de la bouche (1). L'examen histologique de celle-ci avait établi l'existence d'un granulome. A la présentation de ce moulage j'ai fait part de l'existence de 2 cas semblables que j'avais observés à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans le 1er cas il s'agissait d'un jeune sujet de 17 ans environ, ouvrier en papiers peints, bien portant d'ailleurs, qui présentait depuis 2 mois à la commissure buccale droite une petite tumeur nettement arrondie, grosse comme un noyau de cerise, pédiculée, un peu molle et d'une coloration rouge violacé. Celle-ci aurait atteint les dimensions actuelles à la suite de cautérisations répétées au nitrate d'argent.

De plus, le malade présentait, ce qui n'existait pas dans le cas de M. Balzer, quelques verrues à l'entrée de la narine gauche et à la région mentonnière. Cette petite tumeur fut cautérisée avec le galvanocautère, et fut ainsi détruite presque entièrement.

La petite tumeur ayant récidivé quelque temps après, le malade se rendit à la consultation chirurgicale de l'hôpital Saint Antoine, où celle-ci fut enlevée totalement avec son pédicule.

Cette opération radicale permit à M. Lacapère, alors interne du Dr Gaucher, de faire l'étude histologique de cette tumeur. D'après ce dernier, la couche de Malpighi offrait une énorme prolifération ; les cônes interpapillaires, beaucoup plus gros que normalement, s'enfonçaient dans le derme ; mais nulle part on ne trouvait de bourrelets cellulaires aberrants. Sur la préparation une glande en grappe était visible et était notablement hypertrophiée.

L'étude tant histologique que clinique de cette petite tumeur nous permit de diagnostiquer un papillome. Au début, nous avions pensé à un nævus acquis, il est vrai, puisque la tumeur était survenue à l'âge de 17 ans, mais l'examen histologique de la tumeur ne nous permet pas de maintenir ce diagnostic.

A noter chez ce malade la présence de verrues sur d'autres points de la face, verrues qui ont bien des points communs avec les papillomes.

Chez le second malade existait une tumeur de même couleur, de même forme, de même volume ; mais, elle siégeait à la commissure buccale gauche et il n'y avait pas de verrues concomitantes comme chez le premier malade.

(1) BALZER et ALQUIER, Petite tumeur de la lèvre simulant la botryomycose. *Annales de Derm.*, 1901, p. 276.

Note sur la durée d'un cas pris comme type de la blennorrhagie aiguë chez la femme.

Par MM. Barthélemy et Lévy.

Il semble, en général, que la blennorrhagie bien soignée chez la femme est beaucoup moins tenace et guérit beaucoup plus vite que chez l'homme ; même soigneusement traitée, sa durée peut être fort longue et il nous a paru intéressant de rapporter l'observation suivante.

La nommée Albertine R..., âgé de 17 ans, entre le 15 février 1902 à l'infirmerie de Saint-Lazare, dans le service du Dr Barthélemy, salle XVII.

Elle a été réglée pour la première fois, au mois de mars 1900 ; depuis, ses règles sont très irrégulières, et comme époque d'apparition et comme intensité et comme durée.

Elle n'a jamais eu de grossesse, ni de fausse couche.

C'est une grande fille blonde, un peu lymphatique ; son état général est bon et son passé pathologique tout à fait insignifiant.

A son entrée, on constate une blennorrhagie suraiguë, dont le début remonte à un mois : vulvite intense ; les culs-de-sac vaginaux sont baignés d'un pus épais, crémeux, verdâtre ; l'urèthre laisse sourdre à la pression une grosse goutte de pus. Les glandes de Bartholin sont intactes ; pas de métrite ou métrite du méat utérin seulement : l'orifice du col, légèrement érodé, est d'ailleurs punctiforme.

Les régions génito-crurales et péri-anales, ainsi que les grandes lèvres, sont le siège d'un intertrigo assez intense.

Au niveau de la fourchette il existe quelques petites végétations, qui sont aussitôt excisées et cautérisées.

On trouve quelques petites fissures anales, avec un léger suintement de l'anus, peut-être d'origine blennorrhagique.

A partir du jour de son entrée, la malade est pansée tous les jours et voici en quoi consiste son traitement.

Tous les matins, la malade prend une injection vaginale au sublimé, et tous les deux jours, un grand bain chaud, avec un spéculum fenêtré.

Tous les jours, après l'injection ou le bain, on fait le pansement suivant : après avoir introduit le spéculum, on irrigue soigneusement le vagin avec un liquide antiseptique, on le badigeonne avec une solution de nitrate d'argent au 50e, on le saupoudre d'iodoforme et on tamponne avec un rouleau d'ouate hydrophile imbibé d'huile résorcinée, suivant la formule :

Huile végétale stérilisée................	100	grammes.
Eau de chaux..............................	30	—
Résorcine.................................	3	—
Créosote..................................	1	—

On pratique ensuite une toilette soigneuse de la vulve et de tous ses replis avec la solution de nitrate au 50e et on termine en passant dans

l'urèthre une tige demi-rigide enroulée d'ouate largement imbibée d'ichtyol pur.

Au commencement d'avril, la période aiguë est nettement terminée; l'uréthrite est guérie; l'inflammation de la vulve a considérablement diminué; il n'existe plus d'intertrigo; les fissures anales ont complètement disparu et l'anus n'est plus suintant.

La blennorrhagie est maintenant à l'état subaigu; on continue les mêmes pansements tous les jours, à l'exception de celui de l'urèthre qui est guéri.

Enfin, dans les premiers jours de mai, la guérison s'accentue très rapidement et la malade quitte le service le 24 mai, avec encore un léger catarrhe muqueux utérin, mais la muqueuse a repris partout son aspect rosé et il n'existe nulle part d'érosions.

Ainsi cette malade, pansée *tous les jours* avec le plus grand soin, de la façon la plus antiseptique, prenant tous les deux jours des bains chauds, soumise à un régime régulier, ne subissant aucune fatigue et éloignée de toute excitation sexuelle, cette malade est restée du 15 février au 24 mai dans le service, c'est-à-dire une centaine de jours.

Il nous a donc fallu presque 3 mois 1/2 de soins journaliers pour arriver a guérir complètement une blennorrhagie aiguë totale, sans aucune autre complication.

Urticaire bulleuse de la cavité buccale.

Par M. Spillmann.

L'observation que nous présentons à la Société, nous paraît unique dans son genre. Nous n'avons rencontré aucune description semblable dans la littérature médicale.

Il s'agit d'une femme de 61 ans, entrée le 23 janvier 1902 au service de M. le Pr Spillmann. Cette femme est malade depuis 3 ans; elle présente, en effet, depuis le mois de janvier 1899, des troubles digestifs qui l'ont forcée, depuis bientôt 2 ans, à suivre un régime lacté absolu, le lait étant le seul aliment supporté. Les premiers symptômes morbides avaient été une perte presque complète de l'appétit et des régurgitations acides survenant 2 à 3 heures après l'ingestion des aliments; il n'y eut jamais de douleurs. Cette femme avait maigri de 30 livres pendant la première année; depuis lors, l'état général est resté stationnaire.

État actuel (23 janvier 1902) :

Femme de robuste constitution. La langue est blanche, couverte d'un enduit saburral; l'haleine est fétide. A la palpation de l'estomac on constate du clapotage. L'insufflation de l'estomac permet de constater qu'il descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Le ventre est souple, relâché; la paroi abdominale est flasque.

Il n'y a ni douleurs, ni vomissements. On ne constate l'existence d'aucune tumeur. Chimisme normal. L'appétit est conservé, mais la malade n'ose pas manger, l'ingestion d'aliments autres que le lait provoquant au niveau de la cavité buccale l'apparition de lésions douloureuses.

Chaque fois que cette femme avale un morceau de pain, ou un morceau de viande, elle ressent immédiatement et dès que la bouchée alimentaire a dépassé l'isthme du gosier, une *sensation de cuisson* dans une partie quelconque de la bouche. Au bout d'un laps de temps variant de 5 à 15 ou 20 minutes, il se forme, au niveau du point douloureux, une papule qui se recouvre ensuite d'une bulle *violacée, noirâtre*, de 4 à 5 millimètres de diamètre. Cette bulle est légèrement douloureuse et gêne la malade. Le dessin ci-contre représente l'une de ces bulles, survenue au niveau de la commissure labiale droite, à la partie interne de la lèvre, à la suite de l'ingestion d'une bouchée de pain.

Au bout d'une heure la phlyctène disparaît, laissant comme trace une tache d'un rouge sombre, avec desquamation épidermique. Au bout de 24 à 48 heures, toute trace de lésion a disparu.

Ces phlyctènes apparaissent, sans que rien puisse faire prévoir leur siège, sur les lèvres, les joues, le voile du palais, et même exceptionnellement sur la langue.

Nous avons pu vérifier, plusieurs fois, la production de ces bulles, à la suite d'ingestion d'autres aliments que du lait.

Cette femme est impressionnable, *dermographe*, mais l'examen de son système nerveux ne permet de découvrir aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité.

Tous les autres appareils sont normaux. Les antécédents héréditaires ou personnels ne présentent aucun fait digne d'attirer l'attention.

Il s'agit, en résumé, d'une sorte d'urticaire bulleuse avec développement d'une bulle pemphigoïde au niveau de la muqueuse buccale. Nous avons pu suivre le processus, caractérisé par le développement d'une papule, puis d'une bulle, contenant un liquide sanguinolent. Cette bulle se produisait quelques minutes après le contact de la muqueuse buccale avec un aliment autre que le lait.

S'agit-il d'une urticaire bulleuse ou d'une stigmasie? Il nous paraît difficile de résoudre cette question.

M. Barthélemy. — Cette observation est du genre de celles qui ont été publiées sous le qualificatif d'urticaire bulleuse. Elle prouve que ce groupe doit être soumis à une analyse plus précise qu'on n'a fait jusqu'à ce jour. Ce fait rentre d'ailleurs dans l'étude de ces *lésions des muqueuses* qui sont si confuses et sur lesquelles, depuis longtemps, en marche proportionnelle avec l'étude des dermatoses proprement dites, j'ai tenté d'attirer l'effort des observateurs. A tous les points de vue, cette observation présente donc un vif intérêt. Il semble que ce sont des cas de *dermographisme des muqueuses*.

Le dermographisme rouge et blanc.

Par M. Nicolski. (Varsovie.)

Le dermographisme rouge, qui est depuis longtemps connu par les médecins (Rayer, Köbner et les autres), n'attira leur attention que lorsque Dujardin-Beaumetz eut présenté à l'hôpital Saint-Antoine, en 1879, une femme nerveuse, atteinte d'autographisme (femme-cliché).

En 1893, M. Barthélemy, dans un ouvrage important et détaillé : *Etude sur le dermographisme* ou *dermoneurose toxivasomotrice*, a soigneusement décrit ce symptôme, qu'il a observé sur plus de 70 malades. Mais il dit qu'il a vainement cherché le dermographisme blanc, jusqu'à ce qu'il le rencontrât chez 2 malades. Chez l'une d'elles (prurigo), « quand la peau venait d'être grattée ou excitée » on pouvait voir la cutis anserina et puis des stries blanches, qui avaient l'aspect de raies tracées à la craie. Celles-ci persistaient pendant 25 minutes ; chez l'autre, « les traces, faites par une pointe mousse et avec une pression légère, très modérée, déterminent une strie rose immédiate, bientôt remplacée par une raie blanche très longtemps durable (plus de 15 minutes) sans saillie ». Dans la littérature ultérieure, j'ai trouvé beaucoup de cas du dermographisme rouge et pas un seul du blanc.

Dans le grand ouvrage de MM. Besnier, Brocq et Jacquet (*La pratique dermatologique*), M. Barthélemy, dans le chapitre sur le dermographisme, dit qu'on rencontre le dermographisme blanc très rarement et toujours sur l'épiderme sec, dur, squameux, presque lichénoïde.

Pendant plusieurs années, faisant attention à la réaction vasculaire de la peau des malades explorés, j'ai remarqué que le dermographisme blanc est un phénomène qui est loin d'être rare et qu'il est bien souvent observé au cours de certaines maladies de la peau. C'est ce qui m'a engagé à attirer l'attention de mes collègues sur ce phénomène jusqu'à présent si peu connu.

La réaction vasculaire normale de la peau s'exprime de la façon suivante : Au tracé léger de la peau de la poitrine ou du dos par une pointe mousse, apparaît une raie rougeâtre qui disparaît en 1 ou 2 minutes. Il est évident que les vaso-dilatateurs répondent à l'excitation.

Dans le dermographisme rouge, la réaction vasculaire est au fond la même, mais elle s'exprime d'une manière bien tranchante : la raie est d'un rouge vif et persiste pendant un quart d'heure, une demie ou une heure et même 24 heures; souvent la rougeur se répand au pourtour à une grande distance. En outre, dans plusieurs cas, au simple élargissement des vaisseaux se joint l'œdème, quand la raie

devient saillante (jusqu'à 2-6 millimètres au-dessus de la peau voisine) restant élevée pendant quelques heures et même 24 heures.

La pression interne, sous laquelle se trouve la sérosité exsudée, est assez considérable : dans un de mes cas il fallait employer la pression de 150 grammes pour aplanir l'élevure, et, après la suspension de la pression, le relief se rétablissait très vite.

Enfin, quelquefois à l'exsudation séreuse (l'œdème) s'ajoute l'effusion du sang (Fabry). Le dermographisme blanc présente une perversion complète de la réaction vasculaire normale : les vaso-dilatateurs ne fonctionnent pas; au contraire les nerfs vaso-constricteurs sont très excités. C'est pourquoi, au lieu de la raie rouge, on obtient la raie blanche non élevée, grâce au spasme des vaisseaux, qui persiste pendant 5 minutes, un quart d'heure, une demi-heure. Sur la peau on peut aussi dessiner des lettres et des figures à volonté.

Au degré faible du dermographisme blanc, il apparaît d'abord une raie rougeâtre, qui se change bien vite en une blanche.

En comparant le dermographisme rouge et blanc à l'égard de l'influence d'autres agents irritants sur la peau, j'ai trouvé dans 12 expériences, que les courants faradiques et galvaniques faibles (catode), ainsi que le refroidissement, dans le dermographisme rouge, ne produisent aucun phénomène sur la peau (les vaso-constricteurs agissent faiblement), les courants et le froid plus forts provoquent la rougeur ; dans le dermographisme blanc, dans les mêmes conditions, on obtient principalement la pâleur, le spasme des vaisseaux, qui persiste souvent bien longtemps.

Sous l'influence du chaud (un bain d'air chaud 60 R.) le dermographisme rouge augmente, le blanc reste sans changement, les vaso-constricteurs restant toujours spasmodiques). Après un long traitement par les bains chauds sulfureux pendant l'été, j'ai observé la transformation du dermographisme blanc et rouge.

M. Barthélemy donne une longue liste des maladies au cours desquelles on observe le dermographisme rouge : l'épilepsie, l'hystérie, le tabes, le goitre, etc... et des maladies de la peau : psoriasis, sclérodermie, pityriasis, urticaire, lèpre, zona, maladie de Verlhoff, asphyxie des extrémités.

Pour ma part, je puis ajouter l'eczéma aigu et l'érythème multiforme. Dans l'urticaire, il constitue un symptôme permanent et à certain degré caractéristique.

Par rapport au dermographisme blanc, je puis dire qu'il est le symptôme permanent dans le prurigo (18 observations cliniques). En outre, je l'ai observé dans l'eczéma chronique, le psoriasis, l'érythème scarlatiniforme, le pityriasis rubra, le pemphigus végétant, l'ichtyose.

Le plus souvent, on l'observe sur la peau sèche, squameuse,

comme dans le prurigo, mais aussi sur la peau lisse, avec la fonction suffisante des glandes sébacées et sudoripares.

L'importance du dermographisme rouge dans la pathologie générale est en partie éclaircie : M. Barthélemy voit sa cause dans l'auto-intoxication de l'organisme lui-même, qui a le plus souvent sa source dans le contenu décomposé du tube gastro-intestinal ; c'est de l'hystérie cutanée.

De mon côté, je dois signaler que la tendance des vaisseaux de la peau à l'élargissement peut traduire la même tendance des vaisseaux des organes internes.

Excepté quelques observations de ma pratique privée, dans un de mes cas cliniques du dermographisme rouge prononcé (dans le psoriasis), j'ai observé des hémorrhagies pulmonaires abondantes et répétées, qui ne pouvaient être expliquées ni par la maladie des poumons ou du cœur, ni par hémophilie; il est certain qu'ils dépendaient de la tendance des vaisseaux des poumons à la dilatation, semblable à celle des vaisseaux de la peau. C'est pourquoi je pense que le dermographisme rouge peut conduire le médecin à une meilleure compréhension de certains troubles des organes internes.

M. Barthélemy voit aussi la cause du dermographisme blanc dans l'auto-intoxication; il cite Bouchard, qui a trouvé dans certaines toxines bactériennes l'aptitude d'élargir les vaisseaux (ectasine) et dans les autres de les rétrécir (anectasine). Pour moi, je suppose que la tendance des vaisseaux de la peau au spasme indique la même aptitude des vaisseaux des organes internes. Au cours du dermographisme blanc j'ai observé les maux de tête spasmodiques qui cédaient aux remèdes qui dilatent les vaisseaux (phénacétine).

Il est digne de remarquer que les personnes qui ont le dermographisme blanc sont très sensibles au froid et supportent mal le traitement par les bains froids.

Citant tous ces faits, j'ai eu l'intention d'indiquer, que non seulement le dermatologue, mais chaque médecin, faisant attention à la réaction vasculaire anormale de la peau, peut trouver des faits très utiles pour bien diriger le traitement.

Quant à l'importance du dermographisme rouge dans la dermatologie proprement dite, la pratique montre qu'au cours des maladies telles que l'eczéma aigu, l'érythème, l'urticaire, les lésions de la peau s'améliorent et empirent parallèlement à la diminution et au renforcement du dermographisme.

Par conséquent, entre la maladie et la réaction anormale de la peau, existe une certaine connexion.

En me basant sur les observations cliniques, je puis dire la même chose à propos du dermographisme blanc dans le prurigo : avec la

diminution du spasme des vaisseaux, j'aperçois la diminution des manifestations de la maladie.

L'urticaire et le prurigo présentent un grand intérêt à ce point de vue.

Beaucoup d'auteurs affirment que l'urticaire provient du prurigo. Par conséquent dans ce cas, le dermographisme rouge qui caractérise l'urticaire se change en dermographisme blanc, qui caractérise le prurigo. Il me vient à l'idée qu'il s'agit peut-être de la paralysie des vaso-dilatateurs après une longue et forte excitation, quand les vaso-constricteurs prennent le dessus (dermographisme blanc), et que, réagissant contre cette paralysie, nous pourrions peut-être empêcher le développement d'une maladie aussi grave que le prurigo.

La signification de la réaction anormale des vaso-moteurs dans la thérapeutique des maladies de la peau, d'après mon opinion, est assez grande. Il est naturel d'employer dans le dermographisme rouge des remèdes rétrécissant les vaisseaux (ergotine) et, dans le blanc, des remèdes qui les dilatent, comme la phénacétine, l'antipyrine, les bains chauds de diverses espèces, etc. Ce sont ces derniers moyens qui m'ont donné les meilleurs résultats dans le prurigo, leur action aboutissant à la diminution du spasme des vaisseaux sanguins.

M. Barthélemy. — Dans les faits que j'ai observés, le *dermographisme blanc* a été rencontré beaucoup plus rarement que le rouge ; c'est un fait exceptionnel, non pas quand il s'agit du spasme passager, mais lorsqu'il est question du phénomène permanent et non suivi ou précédé des traces rouges. Il faut généralement sinon absolument le terrain hystérique, c'est-à-dire une sensibilité nerveuse exaltée. C'est alors que se produit l'action des ferments solubles charriés par le sang et allant agir soit sur les vaso-moteurs périphériques, soit sur les centres médullaires qui régissent la dilatation ou la constriction des vaso-moteurs. Aussi ai-je proposé l'hypothèse d'une auto-infection. Le travail de M. le professeur Nicolsky est une analyse de ces phénomènes encore mal connus d'autant plus intéressante qu'elle aboutit à une tentative thérapeutique.

Phlébite syphilitique de la poplitée.

Par MM Audry et Constantin.

Depuis quelques années, on s'est avisé qu'il existait une phlébite syphilitique, qu'elle était contemporaine des accidents secondaires, relativement fréquente et peu grave, et Proksch a fait un petit travail pour montrer que cet accident était fort bien connu des anciens syphiligraphes, qu'il avait été oublié et retrouvé. En 10 ans il s'en est présenté quatre cas à la clinique de Toulouse; les trois

premiers étaient conformes au type ordinairement décrit : phlébites plus ou moins étendues des veines superficielles du mollet ou d'une partie de la saphène interne. D'une manière générale, on admet que cette phlébite frappe les veines sous-cutanées. Voici un cas de véritable *phlegmatia alba dolens syphilitique* limitée à une jambe. Il montrera que la lésion peut également se développer sur un gros tronc veineux; en fait, on ne voit pas pourquoi ceux-ci jouiraient d'une immunité particulière.

Philomène X..., âgée de 41 ans, sans antécédents héréditaires, a été mariée à 20 ans ; pas de fausses couches ; 3 enfants dont 2 vivants et bien portants, le 3e mort à 2 ans.

Pas d'antécédents pathologiques personnels. Accouchements normaux, sans aucune complication. Elle passe pour avoir une conduite légère.

Elle est venue pour la première fois en février dernier; elle offrait une éruption érythémateuse, prurigineuse, mal caractérisée et accompagnée de céphalée. On lui ordonne quelques bains sulfureux en lui recommandant de revenir se montrer, ce qu'elle ne fit pas.

Cependant, l'éruption disparut ; mais les cheveux tombaient, la malade maigrissait ; elle se mit à souffrir de la gorge et revint à la consultation en fin mars. A ce moment, elle offrait quantité de plaques muqueuses tout à fait typiques, disséminées sur la face interne des lèvres, sur la langue et les amygdales ; alopécie légère, etc.

Traitement mercuriel.

Le 15 avril, la malade commence à souffrir dans la jambe droite qui enfle.

Le 25 avril, elle nous la montre dans cet état et se décide à entrer à la clinique le 30 du même mois.

A ce moment, amaigrissement, pâleur. Aucune lésion de la peau ni des amygdales, les plaques ayant disparu par le traitement Hg. ; il reste seulement quelques petites plaques sur la langue. Syphilide pigmentaire peu prononcée sur le cou. Rien sur les organes génitaux.

Les viscères sont tous normaux. Pas d'albumine dans les urines.

Jambe gauche normale, sans trace de varices.

Jambe droite notablement gonflée. L'œdème, d'un blanc livide, semé de stries bleuâtres, s'étend jusqu'au genou. Il est uniformément étendu à tout le segment de membre ; il a son maximum sur le dos du pied et à la partie inférieure de la jambe devenue cylindrique; il est un peu douloureux à la pression. Aucune trace d'inflammation superficielle : pas de traînées rouges, pas de lymphangite.

La malade souffre surtout en marchant ; elle ne peut pas étendre tout à fait la jambe : elle se plaint au niveau du creux poplité ; en ce point la pression est manifestement douloureuse. Il n'y a rien d'anormal du côté de la saphène.

Circonférence des deux jambes :

A 5 travers de doigt au-dessous de la rotule.

Du côté malade...........	0,30	Sain.....................	0,26
Au niveau du mollet......	0,23	....	0,17
Au-dessus des malléoles...	0,31	....	0,25

Traitement. — Frictions Hg. La malade ne reste même pas au lit. Amélioration extrêmement rapide à partir du 7e jour.

Le 14 mai la malade exige sa sortie. A ce moment la douleur a disparu, la marche est parfaite. Le gonflement est réduit des deux tiers ; la jambe a repris son galbe ; elle reste encore un peu œdémateuse ; la pression au niveau de la poplitée est à peine sensible. La guérison peut être considérée comme très proche.

Il n'a pas été possible de retrouver ultérieurement la malade ; mais nous savons qu'elle a repris son travail.

Psoriasis consécutif à un choc émotif.

Par MM. Balzer et Faure-Beaulieu.

Le malade, âgé de 54 ans, serrurier, entre le 20 mai, à l'hôpital Saint-Louis, salle Devergie, n° 16, pour un *psoriasis en gouttes* disséminées étendu sur le corps entier et consécutif à une frayeur.

Antécédents personnels. — Rien jusqu'à 22 ans. Blessé d'une éclat d'obus à la tête en 1870, mais sans que la boîte cranienne soit intéressée. En 1888, fluxion de poitrine qui guérit bien. En 1889, eczéma des jambes soigné à la consultation et qui ne dura qu'un mois environ.

Le malade a présenté durant toute sa vie des maux de tête très violents.

En 1900 (mois de juillet), pleurésie de la base gauche qui dure jusqu'au 12 août. A cette époque il entre dans le service du Dr Siredey à Saint-Antoine. Il en sort pour y rentrer en octobre avec une pleurésie du côté droit. Il sort définitivement de Saint-Antoine après une quinzaine de jours et se remet au travail. Peu après il s'aperçoit de la formation de deux ulcères variqueux situés au niveau des malléoles internes.

Il rentre le 22 décembre à Saint-Antoine pour un ecthyma des deux jambes ; il est évacué sur Aubervilliers où il reste 3 mois. Le 22 mai (1901), il entre à Saint-Louis dans le service du Dr Tenneson qui le soigne pour son ecthyma et ses ulcères. A ce moment le malade présente une escarre de décubitus qui est vite guérie. On ne lui a jamais vu de psoriasis.

Le malade a eu des accidents névropathiques. Il y a 20 ans il avait fréquemment des crises nerveuses suivies de larmes, et cela dura ainsi pendant 8 ans. Il n'a jamais eu la syphilis.

Chef d'une famille de six personnes, il nie faire des excès alcooliques. Il n'y a pas eu de psoriasis dans sa famille jusqu'à présent.

Histoire de la maladie actuelle. — Le 5 mai 1902, se promenant avec ses enfants dans l'après-midi, sa petite fille lui échappa et vint rouler sous le tramway ; il n'eut que juste le temps de la retirer. A la suite de cet accident il fut pris d'un tremblement nerveux, et rentra chez lui. Il dut s'aliter, pris de frissons et de fièvre. Le lendemain, allant à son travail il s'aperçut de quelques taches rouges siégeant sur l'avant-bras gauche. Mais il dut rentrer chez lui étant toujours fébricitant. Le 7 mai il s'aperçoit que les taches rouges, de la largeur d'un pois environ, envahissent sa poitrine, son bras gauche, ses jambes en respectant sa tête. Il reste dans cet état pendant une quinzaine et entre dans le service le 21 mai.

A ce moment le malade présente un psoriasis en gouttes typique. Les taches varient de la largeur d'un petit pois à celle d'une pièce de cinquante centimes au maximum.

Détail assez curieux, les plis de flexion des deux bras sont occupés par l'éruption. Il présente aussi à la partie antérieure du bras gauche une traînée secondaire au grattage, longue de 7 centimètres. Les éléments sont rouges, peu saillants, recouverts de squames assez adhérentes, assez régulièrement séparés par des espaces de 1 à 3 centimètres. Aux épaules et aux cuisses, ils semblent plus rapprochés. Aux cuisses ils sont plus petits, mais assez saillants, contrairement au reste du corps où ils le sont très peu.

Le malade présente en même temps des ulcères variqueux siégeant aux deux jambes et des cicatrices de son ecthyma sur les deux jambes, cicatrices arrondies, mais non pigmentées comme dans la syphilis.

Au moment de son entrée, le malade n'a plus de fièvre, pas d'albumine dans l'urine. On prescrit des applications de traumaticine chrysophanique à 10 p. 100 qui font décaper rapidement le psoriasis.

7 juin. Un érythème chrysophanique assez intense se produit aux bras et sur la poitrine. Les éléments de psoriasis disparaissent partout, sauf aux cuisses qui présentaient des éléments plus surélevés. On y constate pourtant une amélioration progressive. En revanche, des éléments nouveaux de psoriasis se sont produits aux coudes, au niveau de l'olécrane, au siège classique du psoriasis, et paraissent résister davantage aux applications répétées de traumaticine chrysophanique.

L'influence des chocs émotifs sur la genèse du psoriasis a été niée par Hebra, mais elle a été reconnue par un grand nombre d'auteurs, Bateman, Neumann, Besnier, Leloir, Heulz, Brocq, Gaucher, Brocq et Jacquet, Dubreuilh, Anderson, etc... Les observateurs signalent assez fréquemment des rechutes sous l'influence de divers troubles nerveux. Les faits qui relatent le début soudain du psoriasis à la suite d'une violente émotion morale, sont assez rares dans la littérature médicale, mais ont presque tous une réelle valeur. Un des premiers a été signalé par Hardy chez un individu qui avait manqué de se noyer dans une pièce d'eau et qui, à la suite de l'effroi causé par cet accident, présenta un psoriasis. Les chocs résultant de la frayeur paraissent émouvoir plus profondément que les autres le système nerveux et provoquer certaines dermatoses. Leloir cite le cas d'un prêtre qui fut atteint de psoriasis après avoir été poursuivi par un chien enragé.

Brocq a vu un psoriasis subitement developpé chez une mère dont l'enfant avait été étouffé par la nourrice qui s'était endormie sur lui. Heulz cite plusieurs faits de ce genre : psoriasis à la suite d'une chute de cheval au milieu d'une charge de cavalerie ; psoriasis, pendant la guerre civile de 1871, survenant brusquement chez un individu qui avait été sur le point d'être fusillé (l'un des frères de ce malade était psoriasique).

Mais les autres causes d'ébranlement profond du système nerveux peuvent également être la cause déterminante du psoriasis, notamment la colère (Leloir), le chagrin (Hardy), le surmenage intellectuel, la dépression morale (Anderson), etc...

Dans quelques-uns des cas publiés, il faut le dire, on a pu noter une prédisposition certaine chez le malade. Nous avons signalé que dans le cas de Heulz le malade avait un frère atteint de psoriasis. Dans un autre cas du même auteur un malade a une première atteinte de psoriasis après avoir vu un de ses amis écrasé à ses côtés; il en a une deuxième 16 ans après, à la suite de grandes pertes d'argent.

Notre cas offre un intérêt particulier à ce point de vue, car le malade ne connaît pas de cas de psoriasis dans sa famille. Lui-même n'en a jamais eu certainement. Il a été déjà soigné à l'hôpital Saint-Louis, et dans la salle même où il est actuellement, on ne lui a jamais vu de psoriasis. La première atteinte est donc venue exactement après le choc nerveux qu'il a éprouvé.

D'autre part, son histoire est nettement celle d'un névropathe : il a même eu pendant assez longtemps des accidents nerveux qui paraissent avoir été de nature hystérique. Il a un peu de tremblement, en relation peut-être avec des habitudes d'alcoolisme modéré, bien qu'il nie énergiquement l'abus des boissons alcooliques. En somme, son système nerveux était dans des conditions de vulnérabilité plusieurs fois remarquées dans les cas analogues et qui semblent réellement favoriser l'action déterminante des causes du psoriasis. Cette importance des phénomènes névropathiques antérieurs a été mise en relief par Bourdillon (Thèse de Paris, 1889), par Brissaud, Leloir, etc... On peut les retrouver non seulement dans les cas de psoriasis analogues à celui de notre malade, mais aussi dans les autres dermatoses qui ont été signalées comme pouvant être causées par les chocs émotifs violents. L'ensemble des caractères qui distinguent le début est le suivant : terrain névropathique, production du choc émotif, apparition prompte de la dermatose.

Nous ajoutons que les faits dont nous parlons, et notamment celui que nous venons d'observer, nous paraissent témoigner en faveur du rôle important que jouent les états névropathiques dans la pathogénie du psoriasis ; son origine parasitaire a des partisans qui ont produit des arguments intéressants, il faut le reconnaître. Mais les preuves décisives n'ont pas été fournies et le véritable agent pathogène du psoriasis est toujours à trouver. Les chocs nerveux agissent-ils en provoquant chez les sujets névropathiques une dermatose dont le principe existait à l'état latent chez eux ? ou bien les chocs nerveux en diminuant la résistance de l'organisme, permettent-ils à un parasite jusque-là inoffensif de pénétrer brusquement dans l'organisme et de provoquer la dermatose? Questions que l'on peut

simplement poser aujourd'hui : il faut d'abord savoir si, oui ou non, le psoriasis a un agent pathogène spécial. Jusque-là bornons-nous à constater que les faits cliniques démontrent le rôle remarquable que joue le système nerveux dans l'évolution de cette dermatose.

M. Leredde. — L'apparition du psoriasis à la suite d'émotions nerveuses ne démontre en aucune manière son origine nerveuse directe : si les troubles du système nerveux peuvent altérer la peau, ils peuvent amener l'altération d'autres organes, du milieu sanguin, etc., et par suite *indirectement* le psoriasis.

M. Du Castel. — J'ai vu des cas analogues, mais les lésions ressemblaient autant à celles du lichen psoriasiforme qu'à celles du psoriasis vrai. Il serait intéressant de rechercher si le psoriasis nerveux offre des caractères spéciaux.

M. Brocq. — Tous les dermatologistes ont observé des faits analogues. J'ai soigné un psoriasis généralisé survenu chez une femme dans les circonstances suivantes. Cette personne était allée au théâtre, après avoir confié son enfant à une bonne; celle-ci fit coucher l'enfant avec elle et ma malade en rentrant trouva l'enfant étouffé. Quarante-huit heures après, elle eut un psoriasis qui se généralisa en trois ou quatre jours. Les éléments étaient typiques et extrêmement nombreux.

M. G. Baudouin. — A la consultation de Saint-Louis, où le psoriasis est très commun, les malades attribuent souvent l'affection à une peur violente qu'ils ont éprouvée auparavant.

M. Barthélemy. — Je ne crois pas pour ma part à l'influence des émotions, fussent-elles très vives, sur la production du psoriasis, j'entends sur la création de la maladie et non seulement sur son apparition. Je crois que le frottement cause une condition favorable à sa venue et que c'est pour cela que l'on observe si souvent le début du psoriasis aux genoux ou aux coudes. Je crois de même qu'une violente émotion peut déprimer l'organisme, inhiber ses moyens de défense et qu'une maladie, encore latente, mais déjà produite, peut alors se manifester; autrement dit, je pense que l'émotion peut être une cause d'apparition du psoriasis, comme aussi le traumatisme ou une syphilis préalable peuvent être des conditions favorables pour que le cancer se développe, ces conditions restant d'ailleurs impuissantes à créer le mal de toutes pièces. Je me souviens d'un fait à noter à la suite du cas de M. Balzer : il s'agissait d'un homme de trente ans qui, pendant la Commune de 1871, fut condamné à être fusillé ; il était déjà près du mur d'exécution quand arriva l'ordre de surseoir. Très peu de temps après cette émotion, qu'on peut qualifier de violente, se montra soudainement une éruption très étendue de psoriasis. Je dois ajouter que vers l'âge de 4 ou 5 ans il avait déjà eu une première manifestation de psoriasis très discret aux genoux et dans le cuir chevelu. C'est là en effet un fait dont il faut bien s'assurer, à savoir s'il n'y a déjà pas eu auparavant une manifestation, même minime, même très ancienne (ici 25 ans), de psoriasis. En d'autres termes, M. Balzer croit-il que l'émotion est capable de créer à elle seule et de toutes pièces un psoriasis ?

M. Gaucher. — L'ébranlement nerveux peut n'être que l'occasion d'une poussée éruptive.

M. Balzer. — C'est aussi mon avis; toutefois le malade que je viens de présenter n'avait jamais eu de psoriasis.

M. Brocq. — La malade dont j'ai parlé tout à l'heure n'avait également jamais eu de psoriasis.

Paralysie faciale syphilitique précoce.

Par MM. Balzer et Faure-Beaulieu.

G..., âgé de 50 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis le 13 mai 1902, salle Devergie, n° 36. Dans la première semaine d'avril, un mois environ après le coït infectant, apparition d'un gros chancre sur le sillon balano-préputial, avec adénopathie inguinale droite assez grosse et indolore. Le chancre guérit rapidement, en une quinzaine de jours. On n'en retrouve plus la trace aujourd'hui. Huit jours après la disparition du chancre, éruption de papules rosées et saillantes sur toute la surface du corps, d'abord assez espacées, puis de plus en plus rapprochées. Il entre à l'hôpital huit jours après le début de cette éruption, le 13 mai.

On constate la présence d'une roséole papuleuse dont les éléments, petits et très nombreux, sont particulièrement saillants, surtout sur le cou et sur la nuque, où ils sont de plus presque confluents. Pas de troubles de l'état général. Pas de maux de tête. Rien dans la bouche. Pas de chute des cheveux.

Le 15 mai, le soir, il éprouve un mal de tête violent occupant la tempe gauche et la région périorbitaire gauche ; la douleur disparaît au bout de 4 ou 5 heures. Le lendemain matin, à son réveil, il s'aperçoit que sa parole est embarrassée, que les mouvements de sa langue et de ses lèvres sont très gênés. Les douleurs de tête ont disparu.

Pendant la visite, on est frappé de l'asymétrie de la face, qui paraît tirée en masse vers le côté droit, la commissure labiale de ce côté est déviée vers le haut du visage. Les plis et rides ont presque disparu à gauche, ils sont exagérés à droite. L'asymétrie est encore plus nette quand on fait exécuter au malade certains mouvements ; pendant le rire, par exemple, la commissure labiale gauche reste immobile ; le malade ne peut siffler. La langue n'est pas déviée quand le malade la tire au dehors.

Impossibilité absolue de fermer l'œil gauche, la paupière reste immobile, en même temps que le globe oculaire se porte en haut et en dehors. Écoulement constant de larmes le long de la joue gauche. Pas de déviation de la luette ni de paralysie du voile du palais. Pas d'hyperacousie. Par l'épreuve du sulfate de quinine, on constate que les sensations gustatives sont les mêmes sur les deux moitiés de la langue.

Aucune trace de paralysie ou de parésie des membres, mais il y a fréquemment des douleurs nocturnes assez fortes dans les jambes.

Les premiers jours, état stationnaire, mais depuis le 1er juin amélioration très sensible et rapide. Le premier mouvement récupéré a été l'occlusion de l'œil gauche, qui se fait normalement maintenant. Il n'y a presque plus d'épiphora. Le malade peut de nouveau siffler. L'asymétrie faciale, peu

nette au repos, est encore très marquée quand on fait rire le malade, bien que les muscles aient repris une grande partie de leur mobilité.

Le traitement a consisté en pilules de proto-iodure Hg., deux par jour; de plus, une injection de 0,07 centigrammes de mercure, sous forme d'huile grise.

La paralysie faciale précoce n'est pas rare, ainsi que l'ont observé MM. Fournier, Dieulafoy, et beaucoup d'autres auteurs (1). Nous en avons déjà observé dans le même service un cas analogue à celui-ci, et plus précoce encore, puisque la paralysie se montra pendant le premier mois, le chancre étant encore en pleine évolution. Un fait semblable a été publié par Bahuaud.

Dans le cas actuel la paralysie faciale a été incomplète, portant à la fois sur le facial supérieur et sur le facial inférieur, mais paraissant respecter les rameaux profonds. Il est à remarquer aussi que la paralysie faciale a été précédée d'un violent mal de tête occupant la tempe gauche et la région orbitaire. Cette douleur n'a pas duré très longtemps, mais elle semble bien indiquer que les lésions pathogènes de la paralysie faciale ont intéressé non seulement la partie extracrânienne, mais aussi la partie intracrânienne, bien qu'il n'y ait pas eu de symptômes de la paralysie faciale profonde.

Disons cependant que ces phénomènes douloureux manquent dans beaucoup des observations publiées jusqu'ici.

Nous admettons donc volontiers que la paralysie faciale précoce est causée par une névrite partielle du nerf facial. Elle se comporte d'ailleurs comme les autres névrites précoces de la période secondaire de la syphilis. Nous avons vu les symptômes s'améliorer en quelques jours sous l'influence du traitement mercuriel et il est probable que le malade sera tout à fait guéri au moment de sa sortie de l'hôpital. Nous croyons donc que ces paralysies précoces par névrite ont une signification beaucoup moins grave que celles qui surviennent plus tardivement et qui peuvent être un symptôme de la période préataxique du tabes.

M. Barthélemy. — J'ai observé aussi plusieurs cas de paralysie faciale très nette, périphérique, au début de la période secondaire, c'est-à-dire six mois après le chancre; j'en ai observé aussi un cas deux mois après le début du chancre. Dans les cas que j'ai été à même de suivre, le pronostic de ces paralysies faciales a été favorable, en ce sens que la paralysie faciale a complètement guéri aussi bien par le traitement mixte pilulaire que par les piqûres d'huile grise et par deux grammes d'iodure de potassium; mais aussi, en ce sens que, par la suite, il n'y a plus eu d'accidents nerveux, ni de syphilis cérébrale, ni de paralysie générale, ni de tabes comme on aurait pu le craindre *à priori*. Ces paralysies faciales étaient apparues cependant dans des syphilis où le chancre, les adénopathies, la roséole, les plaques étaient plutôt menaçants; elles n'avaient pas été précédées de céphalée nocturne violente; elles n'avaient été annoncées par aucun symp-

(1) Dieulafoy. *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-99. Paris.

tôme prémonitoire; elles ont disparu, au bout de plusieurs mois, l'une après neuf mois seulement; mais elles ont disparu complètement sans laisser de trace et les sujets n'ont pas été plus que d'autres, qui n'auraient pas eu de paralysie faciale, exposés à des accidents cérébraux. C'est donc là, dans un certain nombre de cas du moins, un symptôme qui n'est peut-être dû qu'à une périostite syphilitique secondaire exerçant de la compression sur le nerf et le paralysant momentanément. Peut-être est-ce là une explication de cette bénignité. Il est vrai qu'il y a aussi parfois, mais à une période plus éloignée du chancre, soit 15 mois ou 2 ans après, de la paralysie faciale *en même temps* que de la paralysie de la 3e paire; cette dernière est le plus souvent incomplète, parcellaire, ne se caractérisant par exemple que par une forte mydriase, laquelle dure 2 ou 3 mois, puis disparaît à tout jamais, sans être, comme on pourrait le croire, le symptôme prémonitoire d'un tabes pouvant se développer 15 ou 20 ans plus tard. Or, j'ai plusieurs observations qui démontrent comme bénin le pronostic lointain de quelques-unes de ces mydriases nettement syphilitiques secondaires qui sont si souvent précurseurs d'accidents cérébraux ou spinaux graves.

Il me semble même avoir compris, dans une conversation avec M. le professeur Brissaud, que certains cas d'hémiplégie d'origine nettement centrale et artérielle, à la période secondaire de la syphilis, ou bien guérissaient complètement, ou bien n'étaient plus jamais suivies d'accidents cérébraux ou spinaux. Et le fait est que deux de mes malades, hémiplégiés il y a près de 20 ans, traités par les frictions et par l'iodure, n'ont plus eu depuis lors aucun accident nerveux spécifique.

Ces faits méritent, je crois, d'être notés parce qu'on aurait plutôt tendance à porter un pronostic grave et à redouter, dans tous les cas, des troubles profonds ultérieurs du système nerveux central, soit d'origine vasculaire, soit d'origine primtivement nerveuse. Il est vrai que ces deux hémiplégiques sont sobres, sans albuminurie, et se sont toujours traités spécifiquement au printemps et à l'automne. Au contraire les paralytiques faciaux étaient des gens disposés à la bonne chère et n'ayant fait que trois années de traitement. Il ne me semble pas indifférent de savoir qu'il existe, pour quelques-uns de ces cas, des formes bénignes, et de pronostic favorable.

M. Moty. — Contrairement à mon ami et collègue Barthélemy, je viens d'observer un cas où l'apparition précoce d'une paralysie faciale n'a pas empêché la syphilis d'évoluer avec les caractères d'une impitoyable malignité. Il s'agit d'un jeune soldat contaminé en juillet 1899 par un chancre induré du gland; on le soumit aux pilules de protoiodure à l'intérieur et on n'observa ni roséole ni plaques muqueuses.

En octobre, céphalées nocturnes, rêves; vertiges fréquents le jour; le 25 décembre, vertige subit et chute amenant une blessure du sourcil gauche; admis à l'infirmerie le lendemain. Du 25 décembre au 13 janvier 1901, vomissements, fièvre vespérale légère, vertiges rebelles.

Le 13 janvier, entrée à l'hôpital dans le même état. On note: douleur à la pression des globes et des trous sus-orbitaires, pupilles normales, pas de stigmates hystériques; réflexes rotuliens un peu exagérés, rien du côté des viscères.

Le 24 janvier, crise de vomissements, suivie de photophobie et d'exaspération de la céphalalgie; urines normales. Injections de biiodure à 4 milli-

grammes et iodure de potassium de 4 à 6 grammes progressivement.

Le 28, rétrécissement de la pupille gauche et ptosis de la paupière supérieure du même côté ; le 30, amélioration de l'état général, le malade se lève, persistance des vertiges. Le 4 février, exagération du réflexe rotulien gauche ; le 9 on interrompt les injections. Le 25, sirop de Gibert. En mars, coma, paralysie faciale droite complète, aphasie, parésie du membre supérieur droit ; reprise des injections de biiodure et frictions mercurielles.

En avril, trois injections de calomel ; parésie de tout le côté droit, la paralysie faciale a presque disparu ; le coma se dissipe. En mai, injection de calomel ; le coma cède tout à fait, mais l'aphasie persiste.

En août, l'iodure est portée progressivement à 20 grammes et maintenu à cette dose du 21 au 31 ; on fait en même temps trois injections d'huile grise.

En septembre, la paralysie faciale droite est redevenue très accusée, paralysie complète du mouvement du bras droit, parésie de la jambe, sensibilité au tact et à la chaleur conservée, réflexes rotuliens normaux ; audition diminuée à droite, vue conservée des deux côtés.

En octobre, l'état s'aggrave progressivement, le coma reparaît. Mort le 13, un an après le début du vertige et de la céphalée.

L'autopsie n'a fait constater qu'une adhérence des dimensions d'une pièce de un franc entre la convexité des hémisphères et l'arachnoïde pariétale ; l'état histologique des centres nerveux n'a pas été examiné.

M. Barthélemy. — J'ai vu un certain nombre de paralysies faciales survenues dans les six premiers mois de l'infection syphilitique, dans lesquelles le pronostic m'a paru favorable au point de vue des accidents ultérieurs. Mais c'est l'exception, et c'est précisément parce que c'est une exception que je la signale à la Société. Il est bien entendu que j'ai observé nombre de cas graves, et notamment ceux qui dépendent d'une artérite syphilitique précoce et qui ne sont que le début de syphilis cérébrale ayant les terminaisons les plus graves.

M. Gaucher. — Les faits cités ne sont pas comparables ; celui que nous présente M. Balzer concerne une névrite du nerf facial. Cette forme guérit assez facilement par le traitement et ne laisse pas de trace. Je crois qu'on ne peut établir de pronostic général.

M. Balzer. — On peut distinguer avec M. Dieulafoy une paralysie d'origine névritique et une paralysie d'origine centrale. Mais il y a une forme de paralysie plus tardive dont le pronostic est grave, car elle est souvent préataxique.

M. Leredde. — Je voudrais savoir à quels traitements avait été soumis le malade de M. Moty.

M. Moty. — On avait prescrit des pilules, puis des frictions mercurielles, enfin des injections d'huile grise, et de l'iodure de potassium à haute dose.

M. Leredde. — On n'avait donc pas eu recours d'emblée au traitement intensif, ce qui peut expliquer l'insuccès du traitement hydrargyrique.

Le secrétaire,

L. Brodier.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acanthose conique colloïde.

Deux cas d'une maladie diffuse extraordinaire de la peau consistant dans le développement de nombreuses excroissances le plus souvent épidermiques (Zwei Fälle von ungewöhnlicher diffuser Hauterkrankung, bestehend in Entwickelung reichlicher, meist epidermoidale Auswüchse), par L. Kopytowski. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1902, t. LIX, p. 27.

Le premier cas concerne un homme de 33 ans, bien constitué, dont la peau est partout, à l'exception du visage, recouverte d'une couche épaisse, uniforme de squames compactes qui forment comme une espèce de cuirasse. Au toucher la peau donne la sensation d'une peluche. Si on détache les squames avec l'ongle la peau sous-jacente est très rouge et épaissie; au cuir chevelu et sur le dos elle est légèrement sanguinolente. La paume des mains et la plante des pieds sont recouvertes de larges squames, plus minces et en moindre proportion que sur d'autres régions. Tous les ongles sont épaissis, brun noir, friables, recourbés comme les griffes d'un chat. Les muqueuses, les glandes, le système nerveux et les organes internes sont normaux. La maladie a débuté il y a sept semaines et en très peu de temps a envahi tout le corps. Quatre ans auparavant cet homme avait déjà eu une affection semblable. Des pommades indifférentes et des bains chauds amenèrent la guérison dans l'espace de trois mois. Les médicaments antipsoriasiques habituels aggravèrent la maladie.

Dans le second cas il s'agit d'un jeune homme de 18 ans dont l'état général est satisfaisant. Les caractères cliniques des lésions de la peau ressemblent à ceux du cas précédent. Elles s'en distinguent toutefois en ce que les squames ont une coloration gris jaunâtre, légèrement verdâtre, la peau est rugueuse, analogue à celle d'une râpe. Les squames sont très adhérentes et séparées par des sillons superficiels. Le traitement consista en bains chauds, onctions avec l'huile de foie de morue, pommades indifférentes et finalement goudron; après un séjour de trois semaines à l'hôpital, le malade partit sans amélioration notable.

Dans ces deux cas les lésions anatomo-pathologiques ne diffèrent que par l'intensité du processus. Tandis que dans le premier cas il y avait surtout une dégénération de l'épithélium avec des symptômes inflammatoires modérés, dans le second ces derniers prédominaient et la dégénération de l'épithélium était moins marquée. L'examen histologique montra que dans les deux cas on avait affaire à une inflammation et à une acanthose extraordinaire de la peau. En même temps il y a une dégénération de l'épithélium consistant dans la formation dans les corps cellulaires de lacunes arrondies, oviformes, remplies d'une masse hyaline, brillante. Comme ces masses brillantes occupaient les épithéliums et présentaient une tendance évidente à gonfler et à fondre, on ne peut les regarder que comme le résultat d'une

dégénération colloïde. En résumé, ces deux cas présentent l'exemple d'une dégénération colloïde de l'épithélium qui forme des proliférations considérables dans le stratum spinosum. Au point de vue anatomo-pathologique, on pourrait désigner ce processus sous les noms d'akanthosis conica colloides et d'akanthosis verrucosa conica colloides. A. Doyon.

Alopécie.

Étiologie de l'alopécie prématurée simple (Zur Aetiologie der Alopecia praematura simplex), par Kann. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 569.

L'alopécie prématurée simple est un des enfants perdus de la dermatologie, on a même de différents côtés contesté son existence. Toute l'attention des dermatologistes se porte sur l'alopécie pityrode, dont l'origine est attribuée par les uns à l'inévitable bacille; par les autres à l'anémie, au gastricisme ou à une prédisposition héréditaire. Selon K., plus on progresse en civilisation — et malgré les soins de toilette les plus minutieux — et plus on perd ses cheveux. Les femmes en général, malgré l'anémie, conservent mieux leur chevelure que les hommes. Le chapeau empêche la respiration et la régularisation de la température du cuir chevelu; la tête, au lieu de se trouver dans un air frais, est sous le chapeau dans une atmosphère nocive de vapeur.

Il faut en outre tenir compte de l'action de certaines irritations spécifiques sur le fonctionnement normal de la peau, avant tout de l'influence considérable de la lumière, des variations dans la composition de l'atmosphère, de l'influence du vent et du temps qui augmentent directement l'activité et la force de résistance de la peau et de ses annexes, et d'autre part exercent une action excitante sur les terminaisons nerveuses.

Tout le monde sait à quel point est rafraîchissante et vivifiante pour la tête une promenade en plein air et sans chapeau.

A côté de l'absence des irritations périphériques sur les terminaisons nerveuses de la peau, il faut tenir compte de la pression que le chapeau exerce sur les filets nerveux ascendants.

Il existe un rapport intime entre le système nerveux et le cuir chevelu : des troubles légers dans l'économie du système nerveux, tels que ceux que provoquent les surmenages intellectuels fréquents, ne deviennent dangereux que par leur longue durée; des influences psychiques, la colère, le chagrin, les soucis, sont des facteurs de l'alopécie nerveuse; la neurasthénie provenant des excès vénériens joue ici un rôle particulier qui a été contesté par beaucoup d'auteurs. Chez l'homme, il faut encore tenir compte de l'influence fâcheuse de l'adhérence du chapeau qui rend plus difficile la circulation du sang, et occasionne des stases artificielles, ce qui ne saurait être indifférent pour la croissance des cheveux, et des sécrétions glandulaires.

Le nicotisme et l'alcoolisme qui ont une action nocive sur le sang et le système nerveux. L'anémie des jeunes filles n'a qu'une importance secondaire, à moins qu'elle ne soit le symptôme d'une faiblesse générale. Il est en outre facile de comprendre qu'un cuir chevelu ainsi affaibli devient pour les parasites un excellent terrain de culture. A. Doyon.

Angiomes.

Angiomes multiples avec épistaxis à répétition (On a family form of recurring epistaxis associated with multiple telangiectasis of the skin and mucous membranes), par W. Osler. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, novembre 1901, p. 333.

Certains individus ont depuis leur enfance ou leur jeunesse des épistaxis à répétition liées à des petits angiomes de la muqueuse nasale. Les hémorrhagies proviennent surtout de la portion cartilagineuse de la cloison, elles se répètent à chaque instant et peuvent être assez abondantes pour déprimer considérablement les malades; elles ont dépassé 1 litre 1/2 de sang dans 24 heures, mais il n'y a pas d'autre trouble de la santé générale que l'anémie profonde où les malades sont plongés.

En même temps que les angiomes du nez, on trouve sur la muqueuse buccale, la langue et les lèvres, sur toute la face, notamment les oreilles, le nez et les lèvres, une multitude de petits angiomes analogues aux angiomes stellaires et formés d'îlots de veinules dilatées formant parfois une petite saillie. Ces angiomes disséminés peuvent enfin être le point de départ d'hémorrhagies moins graves cependant que celles du nez. Ce sont surtout les angiomes des lèvres qui leur donnent naissance.

O. rappelle une observation de Rendu publiée en 1896 et en donne 3 autres. Deux de ses malades étaient frères et cinq autres membres de leur famille dans 4 générations, étaient également sujets à des épistaxis répétées. W. D.

Artificielle (Dermatite —).

Cas de dermatite primulaire chronique (Ein Fall von chronischer Primeldermatitis), par Buri. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 580.

Femme, sans antécédents héréditaires, ayant eu à l'âge de 11 ans une maladie grave de la peau, probablement à la suite d'un empoisonnement mercuriel. En 1899 se développèrent sur le thorax des taches rouges sans prurit ni desquamation, qui peu à peu envahirent tout le corps, sauf le visage et les mains.

En janvier 1900, zona crural; en avril de la même année, apparition brusque sur les mains et les avant-bras, puis sur le visage, d'une éruption caractérisée par une forte tuméfaction de la peau qui était rouge, non humide, avec violent prurit et sensation de brûlure. En novembre 1900, nouvelle éruption sous forme d'une dermatite grave, très aiguë, presque érysipélatiforme.

Les faces dorsale et palmaire des doigts, la face dorsale des mains, le tiers inférieur des avant-bras, le visage et la région cervicale gauche étaient fortement tuméfiés, la peau œdématiée, rouge foncé, très prurigineuse avec sensation de brûlure, recouverte en quelques points de petites vésicules et papules, en partie aussi humides.

Ce prurit persistant détermina de l'insomnie et des malaises nerveux et finalement des troubles de l'état général. Toutes les applications locales n'eurent qu'un résultat médiocre; il ne se produisit une amélioration rapide et une guérison passagère qu'à la suite d'un long séjour hors de la maison ou après un repos prolongé au lit.

On ne reconnut la cause de cette affection que lorsqu'on découvrit quelques plants de primula obconica que la malade soignait depuis le début de son éruption. Après l'enlèvement des plantes, amélioration immédiate, diminution rapide de l'inflammation. Cependant il revint encore pendant plusieurs mois de nouvelles poussées, mais elles étaient de plus en plus atténuées. A. Doyon.

Cors.

Anatomie pathologique et traitement des cors (Some observations on the pathology and treatment of corns), par H. Freeland. *Edinburgh medical Journal*, novembre 1901, p. 431.

La coupe d'un cor examinée à l'œil nu montre une striation verticale et une striation horizontale. On y peut distinguer trois étages. Un étage superficiel, le plus épais, jaunâtre et dur, formé par la couche cornée ; une couche intermédiaire, la plus mince, jaune et transparente ; une couche profonde, blanchâtre et opaque qui est formée par la couche filamenteuse de l'épiderme. Quand on fait macérer un cor, la séparation se fait au niveau de la couche intermédiaire. Dans un cor en voie d'accroissement, les papilles sous-jacentes sont allongées. Dans le cor très avancé, les papilles sont aplaties et il se développe quelquefois une bourse séreuse dans le derme.

Le cor débute par une prolifération localisée de l'épiderme, il se forme ainsi une colonne cornée et la pression en ce point exagère la prolifération. Quand les frottements ont éliminé le sommet de cette colonne la pression se trouve reportée sur la périphérie qui prolifère à son tour, et ainsi de suite.

La tendance du cor à s'enfoncer dans le derme est limitée par la formation d'une bourse séreuse qui constitue une sorte de tampon. Celle-ci se forme d'autant plus tôt que l'os sous-jacent est plus superficiel.

Le traitement curatif recommandé par F. est l'extirpation chirurgicale profonde, suivie de réunion par suture. Le cor ne se reforme pas sur la cicatrice. W. D.

Épithéliomas cutanés.

Carcinome développé sur le lupus (Ueber das Lupus-Carcinom), par N. Ashihara. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 193.

A. rapporte trois cas de carcinomes développés sur des lésions lupiques de la face qu'il a observés à la Clinique dermatologique de Breslau. Dans ces cas le diagnostic résultait à la fois de l'étude clinique de la néoplasie et de l'examen microscopique. Le lupus existait longtemps avant le développement du carcinome. Au microscope on constatait un carcinome épithélial typique au milieu des lésions tuberculeuses. On ne trouvait aucune cause pour expliquer le développement du carcinome sur le lupus.

Il existe dans la littérature 122 cas de carcinome-lupus dans lesquels on a distingué les cas de lupus-carcinome proprement dit de ceux où le carcinome s'est développé sur des cicatrices lupiques. A. a réuni ces 122 cas dans un tableau synoptique et en donne une analyse critique.

Les carcinomes qui se développent sur un lupus guéri sont analogues au

cancer épithélial qui survient souvent sur des cicatrices d'une nature quelconque. Le carcinome survient très rarement sur le lupus érythémateux.

Les opinions des auteurs varient sur les rapports de fréquence entre les carcinomes développés sur le lupus floride et le carcinome développé sur des cicatrices lupiques. On ne connaît pas la cause précise de l'apparition de la néoplasie épithéliale maligne sur un terrain lupique. Le carcinome lupique est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, ce qui est le contraire pour le lupus simple. Le développement du carcinome sur le lupus peut avoir lieu à tout âge, on le rencontre assez souvent dans la jeunesse, mais le plus fréquemment entre 40 et 50 ans; cette complication n'apparaît qu'après une très longue durée du lupus. Le siège de prédilection est le visage (près de 90 p. 100 des cas recueillis par A.) et particulièrement les joues; dans la plupart des cas il n'y a qu'un foyer. Le carcinome se développe sur des lupus des formes les plus différentes. Le traitement antérieur du lupus ne paraît pas avoir d'influence sur l'état de cette complication. La marche du carcinome développé sur un lupus diffère sous plusieurs rapports de celle du carcinome primitif de la peau. Ce qui est très frappant, c'est la marche rapide de la néoplasie, la tendance à produire en peu de temps de vastes destructions; les infiltrats tuberculeux constituent un terrain favorable pour les proliférations épithéliales atypiques; ce carcinome d'orgine lupique a tendance à récidiver, même après des interventions opératoires énergiques ; il faut donc à ce point de vue le regarder comme une forme particulièrement maligne du cancer de la peau; cela est d'autant plus étonnant qu'il ne détermine que rarement des métastases.

Le diagnostic n'est pas difficile dans les cas caractérisés; il n'est pas aussi facile de reconnaître le début de la transformation en néoplasie maligne; toutes les fois où les foyers lupiques ont tendance à former des tumeurs ou à provoquer des processus de destruction, il faut penser à la possibilité du développement d'un carcinome.

En général, le traitement le plus rationnel est l'intervention chirurgicale faite aussitôt que possible; on peut essayer la pommade pyrogallique à 20 p. 100 ou la pâte arsenicale de F. Côme. A. Doyon.

Traitement du cancer de la peau (Treatment of cutaneous cancer), par Heidingsfeld. *Journal of the American medical Association*, 13 juillet 1901), p. 99.

En présence des résultats médiocres de la chirurgie du cancer, il est permis de chercher quelque chose de mieux. Les caustiques ont mauvaise réputation parce que les empiriques en ont abusé pour des lésions qui n'étaient souvent pas des cancers, mais une judicieuse application rend souvent des services. H. emploie surtout une pâte contenant : acide arsénieux et gomme arabique āā 5, chlorhydrate de cocaïne et glycérine āā 2, eau Q. S. pour faire une pâte. Dans la plupart des cas, une seule application a été suffisante. Une fois, la persistance d'un bourrelet autour de la cicatrice avait donné quelques inquiétudes, mais ce bourrelet disparut spontanément.

Corlett emploie de préférence l'électrolyse et il n'a qu'à s'en louer.

Pusey recommande les rayons de Röntgen, dont Schmidt déclare n'avoir pas obtenu de bons résultats.

Zeisler estime que rien ne vaut l'excision faite largement, il l'estime supérieure à tous les caustiques.

B. Foster a employé avec succès l'air chaud par la méthode de Holländer.

D. W. Montgomery déclare que tous les caustiques peuvent rendre des services, mais l'arsenic est le meilleur de tous.

Allen fait remarquer qu'un grand nombre de malades atteints d'épithélioma de la peau viennent trouver le dermatologiste après avoir consulté un chirurgien qui leur a proposé une opération. Or ils ne veulent pas d'opération, et si le dermatologiste n'a pas autre chose à leur proposer ils iront trouver le charlatan. Les caustiques arsenicaux donnent de très bons résultats, et A. les a même employés avec succès pour des épithéliomas de la lèvre ou de la verge. W. D.

Érythème induré.

Nature de l'érythème induré des scrofuleux (On the nature of the disease known as erythema induratum scrofulosorum), par A. Whitfield. *American Journal of the medical sciences*, décembre 1901, p. 828.

I. — Fille de 14 ans ; pas de tuberculose dans la famille ou l'entourage, bonne santé antérieure. Début depuis un mois par des nodules rouges douloureux à la face postérieure des jambes. On y trouve onze ulcères profondément entaillés dont le fond est couvert d'une eschare hémorrhagique et dont tout le voisinage est dur et infiltré.

Il y a aussi plusieurs nodules à peine visibles mais faciles à sentir, situés dans l'hypoderme, mais adhérents à la peau. Traitement : thyroïdine à l'intérieur; pansement avec une pommade à l'oxyde jaune de mercure. Au bout de 26 jours les ulcères étaient très améliorés, mais les nodules n'étaient que peu modifiés; on excise deux d'entre eux. Ce n'est qu'au bout de six semaines que la guérison fut complète.

Un de ces nodules fut inoculé à deux cobayes qui ne devinrent pas tuberculeux. L'autre fut examiné histologiquement et montra des nodules tuberculeux typiques situés dans l'hypoderme et entourés de veines atteintes de périphlébite. Pas de bacilles.

II. — Femme de 37 ans; deux frères tuberculeux; antécédents de rhumatisme ; elle est maigre et pâle, ses extrémités sont froides et violacées en hiver, le cœur paraît un peu dilaté. Depuis 9 semaines sont apparus sur les jambes des nodules durs mal limités, profonds, adhérents à la peau, du volume d'une noisette, à peine visibles et peu saillants, mais faciles à sentir à la palpation.

Au-dessus de la malléole interne droite est un large placard rouge formé de nodules confluents. Ces nodules sont très douloureux à la palpation et par la station debout. Tous les nodules disparurent après une semaine de repos. Deux nodules furent excisés. L'un fut inoculé à des cobayes qui restèrent sains, l'autre fut examiné et montra que les nodules situés à la limite de l'hypoderme étaient constitués par un foyer de phlébite intense arrivant à oblitérer les veinules et à les rendre méconnaissables. Il n'y avait là rien qui ressemblât à un nodule tuberculeux.

W. distingue deux types : un type ulcéreux chronique, vraisemblablement tuberculeux, bien qu'il n'ait pu lui-même y trouver des bacilles et affectant des adolescents ; l'autre à nodules douloureux, ne s'ulcérant pas, avec

une marche beaucoup plus rapide, survenant chez des adultes et n'ayant aucun rapport avec la tuberculose. W. D.

Frambœsia.

Frambœsia des tropiques et teigne imbriquée (Frambœsia tropica und Tinea imbricata), par R. Koch. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1902, t. LIX, p. 3.

Lors de son voyage dans les tropiques, K. n'a vu nulle part autant de maladies de la peau que dans la Nouvelle-Guinée et dans les îles voisines de l'océan Pacifique. On rencontre notamment à chaque pas la frambœsia tropica et la teigne imbriquée.

La frambœsia tropica (Yaws, des Anglais) est une maladie contagieuse, inoculable d'une personne à une autre. Son inoculation confère l'immunité. K. l'a surtout observée chez des enfants de 1 à 12 ans. Ces enfants sont couverts d'ulcérations aux jambes, aux bras, à la partie inférieure du dos, aux fesses, en quelques points de la face et de la nuque, ulcérations à peu près arrondies, souvent réunies, confluentes, à bords irréguliers, de la dimension d'un grain de chènevis à celle d'une pièce de 5 francs en argent, proéminentes et ayant l'aspect d'excroissances granuleuses. Les plus récentes ont une grande ressemblance avec les pustules de la variole au début, elles forment des nodosités saillantes, recouvertes d'épiderme, avec ombilication caractérisée. Les plus grosses nodosités sont toujours dépouillées d'épiderme, sécrètent un liquide séro-purulent et sont recouvertes de croûtes humides, recouvrant des granulations plus ou moins saillantes. A l'anus, aux parties génitales, ces proliférations ressemblent beaucoup à des condylomes. Quelques auteurs, comme Hutchinson, regardent la frambœsia comme une syphilis modifiée par la race et par le climat. Cette maladie dure quelques mois, parfois plus d'un an; chez les enfants, elle peut se terminer par la mort. K. n'a jamais entendu dire que des Européens aient été atteints. On ne sait rien de l'agent de cette affection.

La teigne imbriquée est occasionnée par un champignon voisin du trichophyton tonsurant qui prolifère dans le réseau de Malpighi. Elle s'étend aussi en cercle, mais ne guérit pas au centre et ne forme pas de dessins circinés comme l'herpès tonsurant; elle recouvre d'une manière plus uniforme tout le territoire atteint. L'épiderme se détache en lamelles minces qui restent adhérentes par le bord tourné vers la périphérie, ce qui donne à la maladie un aspect imbriqué. Cette maladie paraît exister principalement dans les îles de l'océan Pacifique. A. Doyon.

Gale (Accidents du traitement de la —).

Empoisonnement par l'hydrogène sulfuré chez un malade atteint de gale après l'emploi externe de la pommade de soufre et de potasse (Ein Fall von Schwefelwasserstoff — (resp. Schswefelalcali) Vergiftung bei einem Krätzekranken nach äusserliche Anwendung von Potasche-Schwefelsalbe), par J. Burmeister. *Archiv f. Dermatologie et Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 389.

Le traitement de la gale à l'Allerheiligen-Hospital de Breslau est le suivant: après un bain de propreté on fait dans l'espace d'environ 36 heures trois

frictions sur tout le corps avec une pommade composée de 10 grammes de carbonate de potassium, 40 grammes de soufre précipité et 50 grammes d'axonge. Après chaque friction le malade est enveloppé solidement dans des couvertures de laine. Environ 12 heures après la dernière friction, le malade se lève, laisse sécher la pommade, change de linge et ne prend un bain chaud complet que 36 heures après la dernière onction.

Chez un jeune homme de 19 ans survinrent subitement, une heure après la dernière friction, des troubles généraux graves : perte complète de connaissance avec dilatation considérable des pupilles, pouls petit et fréquent, respiration irrégulière et haletante, liquide sanguinolent sur les lèvres, selle involontaire. On fit une injection d'huile camphrée, on donna un bain chaud avec savonnage à fond pour enlever les restes de la pommade puis une douche froide sur le dos. Le malade se releva rapidement.

Chimiquement, cette intoxication peut s'expliquer de la manière suivante : l'application sur la peau de cette pommade chez un individu particulièrement sensible à son action a tout d'abord occasionné une dermatite avec excoriations et suintement; la réaction du soufre de la pommade sur les alcalis contenus dans la sécrétion des excoriations a produit du sulfure alcalin qui a été résorbé par les excoriations soit directement en nature, soit, après décomposition par l'acide carbonique de l'organisme, sous forme de carbonate de sodium et d'hydrogène sulfuré.

L'empoisonnement aurait donc été provoqué par l'hydrogène sulfuré libre. A. Doyon.

Gangrène cutanée.

Gangrène cutanée chez un nouveau-né (A case of gangrene in a new-born child), par E.-B. Bronson. *Journal of cutaneous and gen.-ur. diseases*, décembre 1901, p. 551.

L'enfant, du sexe féminin, est née à terme, sans intervention mais après un travail un peu long. Le cordon était lâchement enroulé autour du cou. L'enfant était bien développée et a crié tout de suite. Au moment de la naissance on remarqua sur la joue droite une plaque de 2 pouces de large, noire, sèche, sonnant sous le doigt, entourée de quelques bulles flasques. D'autres plaques plus petites sur l'épaule droite et sur la main droite. Les plaques ont un peu grandi pendant 3 ou 4 jours. Au 5e jour on trouvait une plaque noire, sèche, racornie, occupant la joue droite, l'oreille et le cou du même côté. Une autre plaque semblable mais plus petite au-devant de l'épaule droite, une autre enfin sur le bord radial de la main droite enveloppant le pouce et l'index. Au bout de quelques jours il se dessina un sillon d'élimination et il se fit une cicatrice un peu déprimée, souple et pas trop gênante. Naturellement le pavillon de l'oreille était tombé avec l'eschare. A aucun moment la santé générale de l'enfant n'a paru souffrir. W. D.

Ichthyose.

Traitement de l'ichthyose (Ueber die Behandlung der Ichthyosis), par M. Bockhart. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 616.

Malade née en 1878, d'une famille saine dans laquelle depuis trois générations il n'y a pas eu de maladie de la peau. A sa naissance elle était

saine et robuste. A l'âge de 4 ans, la peau sur presque toute son étendue devint sèche et présenta une desquamation spéciale. Le traitement consista en frictions huileuses et bains savonneux. En 1886, aggravation de la maladie qui prit le caractère de l'ichthyose nitida grave. Sauf la tête et le visage, les plis articulaires, la paume des mains et la plante des pieds, tout le corps était envahi. La malade, grande pour son âge, était très maigre et anémique et peu développée intellectuellement.

B. institua le traitement suivant : le matin, bain chaud avec savonnage; immédiatement après le bain, à midi et le soir, frictions énergiques sur tout le corps avec une pommade soufrée à 5 p. 100 d'axonge. A l'intérieur, huile de foie de morue. Deux fois par an, on remplaçait pendant six semaines les bains chauds ordinaires par des bains salés (bains de Wiesbaden au début, plus tard bains avec addition d'eaux mères de Kreusnach). Ce traitement fut continué sans interruption de mai 1886 à mai 1889.

Déjà au bout de six mois de ce traitement la peau paraissait tout à fait saine; on continua néanmoins le traitement jusqu'à la guérison complète qui dura trois mois. En septembre 1889, récidive. Reprise du même traitement sulfureux jusqu'en septembre 1892. A cette époque, la guérison parut définitive. Mais au bout de six mois, nouvelle récidive (mars 1893). On recommença encore une fois le même traitement jusqu'en mars 1896. Depuis cette époque on a cessé tout traitement et la malade est guérie; depuis 5 ans 1/2 il n'y a pas eu de récidive, la peau est complètement normale, toutefois un peu sèche.

L'histoire de cette petite malade prouve que l'ichthyose guérit quand on la traite de bonne heure, mais la guérison dépend ici non seulement du médecin, mais encore du malade et de ses parents qui doivent avoir assez de persévérance pour continuer le traitement pendant tout le temps nécessaire. A. DOYON.

Impétigo.

Traitement de l'impétigo vulgaire (Zur Behandlung der Impetigo vulgaris), par MENAHEM HODARA. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 119.

H. recommande de toucher chaque jour ou tous les deux jours les pustules d'impétigo avec une solution de nitrate d'argent à 50 p. 100; la guérison a lieu après deux à quatre cautérisations. S'il s'agit de nouveau-nés et si on ne veut pas confier aux parents des solutions aussi concentrées, il conseille de cautériser une à deux fois chaque jour avec une solution de 2 à 10 p. 100 et de poudrer ensuite avec le mélange de 1 gramme de calomel et de 9 grammes d'amidon. A. DOYON.

Lèpre.

Un cas de lèpre chez une femme de l'Ardèche. Lésions oculaires, par GAYET. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 14 mars 1901.

G. présente une femme de 45 ans, originaire du département de l'Ardèche, — l'observation est muette sur les séjours dans les pays à lèpre — qui est atteinte de lésions lépreuses de l'œil : tumeur du globe de l'œil obstruant

complètement la cornée gauche, sauf sa partie supéro-interne, d'aspect polypiforme, avec ulcération de sa partie centrale. — Début de la lèpre il y a 7 ans, par une éruption de tubercules extrêmement nombreux sur le visage qui s'affaissèrent légèrement; actuellement facies léonin, tubercules et cicatrices multiples sur le visage, tubercules de volume variable disséminés sur le tronc et les membres, anesthésie à la température sur les membres inférieurs, main en griffe. Recherche positive du bacille de Hansen dans les tubercules du visage. L'œil énucléé, on constate que la tumeur se prolonge de 3 millimètres sur la sclérotique, la chambre antérieure a entièrement disparu, la cornée est très amincie et d'épaisseur irrégulière, la chambre postérieure est très agrandie, le cristallin très aminci. G. T.

Lèpre américaine (A case of leprosy), par B. Foster. *Journal of the American medical Association,* 31 août 1901, p. 553.

F. rapporte un cas de lèpre anesthésique chez un homme de vingt ans qui n'a jamais quitté l'État de Minnesota. Dans la discussion, Montgomery remarque que l'on a considéré comme originaires des États-Unis bien des cas qui étaient importés. Comme exemple de la dissimulation des malades, il cite le cas d'une femme lépreuse qui avait fait ses études de médecine et qui soutenait n'avoir jamais quitté la Californie ; or on apprit plus tard qu'elle avait été élevée au Mexique. Un autre lépreux, né au Vermont, n'avait jamais quitté les États-Unis mais avait habité un camp de terrassiers chinois. Une femme née en Irlande et ayant habité seulement Boston ou San Francisco, finit par avouer qu'elle avait logé un lépreux.

Enfin une femme citée par Schuler fut longtemps considérée comme ayant pris la lèpre aux États-Unis. Ce n'est qu'à son lit de mort qu'elle avoua avoir habité les Antilles. W. D.

Leucémie cutanée.

Leucémie lymphatique avec lésions de la peau (A case of lymphatic leukæmia apparently developing out of Hodgkins disease, accompanied by leukæmic lesions and pigmentation of the skin, culminating in streptococcus infection), par G. W. Wende. *American Journal of the medical sciences,* décembre 1901, p. 836.

Un homme de 26 ans remarque une plaque dure développée dans la peau de la tempe gauche, elle grandit rapidement, puis une seconde tumeur plus profonde apparaît dans la joue du même côté, occasionnant une grande gêne dans les mouvements, enfin les ganglions lymphatiques de la face et du cou du même côté deviennent volumineux. Au bout de quelques mois des tumeurs et des taches pigmentaires se montrent sur la poitrine et les ganglions axillaires se tuméfient. A son entrée à l'hôpital une tumeur dure, plate, occupe toute la tempe gauche, faisant corps avec la peau qui est d'un brun violacé. Dans la joue gauche est une infiltration profonde de 3 centimètres 1/2 sur 4, avec une pigmentation marquée. Quelques petits nodules sur la face. La partie antérieure du thorax est semée de tumeurs du volume d'un pois à celui d'une noisette, infiltrées dans la peau et de plaques pigmentaires variant du fauve au bleu foncé. Une tumeur particulièrement développée occupe l'aréole du mamelon gauche. Tuméfaction générale de tous les ganglions lympha-

tiques, surtout dans la partie supérieure du corps. L'examen du sang ne montre rien d'anormal : globules rouges 5 128 000, globules blancs 4 000, petits lymphocytes 2 770, polynucléaires 8 p. 100.

Les injections d'arsenic firent d'abord diminuer rapidement les tumeurs et les macules, mais au bout de quelques mois il y eut une rechute, les tumeurs reparurent et augmentèrent rapidement ainsi que les taches pigmentaires, l'état général devint mauvais et il apparut du purpura. L'examen du sang montra : globules rouges 1 936 000, globules blancs 34 000, petits lymphocytes 95,5 p. 100, polynucléaires 3,4 p. 100.

Les jours suivants survient une angine, l'adénopathie s'aggrave, l'état général devient mauvais ; l'examen du sang montre 1 776 000 globules rouges et 45 000 blancs dont 95,3 p. 100 de petits lymphocytes.

Dans les derniers jours l'angine devient gangreneuse, diarrhée, urine non albumineuse, abondante (2 940 centimètres cubes) avec urée 39,4, acide urique 2,64, sulfates 9,3, phosphates 3,4. L'examen du sang la veille de la mort montra 803 000 globules rouges et 1600 globules blancs dont 88 p. 100 de petits lymphocytes et 10 p. 100 de polynucléaires.

A l'autopsie, on trouve les ganglions lymphatiques tuméfiés ainsi que les follicules clos de l'estomac et de l'intestin.

Les tumeurs enlevées pendant la vie ont été inoculées sans succès à des chiens. A l'autopsie, on a trouvé des streptocoques dans tous les organes.

Les tumeurs cutanées étaient constituées par du tissu lymphoïde (lymphocytes et réticulum) occupant surtout la couche vasculaire sous-dermique.

Un des points remarquables de cette observation est l'apparition des tumeurs cutanées avant les altérations du sang, puis la disparition de la leucocytose dans les derniers jours sous l'influence d'une infection générale par le streptocoque. W. D.

Leucoplasie.

Traitement de la leucoplasie bucco-linguale (Ueber die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis), par M. Bockhart. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1902, t. XXXIV, p. 164.

Chez 5 malades atteints de leucoplasie bucco-linguale, B. a obtenu une guérison complète par le traitement local suivant : application de baume du Pérou sur les parties malades une fois chaque jour, ou tous les deux jours, en outre lavages fréquents de la bouche (6 à 12 fois par jour) avec de l'eau additionnée de 0,50 à 3 p. 100 de chlorure de sodium. Les lavages d'eau salée sont plus actifs que les badigeonnages avec le baume du Pérou, car chez deux malades qui cessèrent ces badigeonnages et n'employèrent que les lavages avec la solution de chlorure de sodium, la guérison n'en fut pas moins complète.

La guérison survint dans l'espace de 6 mois à 2 ans, suivant l'intensité du processus morbide ; dans les 5 cas elle fut complète au point qu'on ne remarquait plus aucune trace de leucoplasie et que la langue avait repris sa forme et son aspect normaux. Quelques mois après leur guérison deux de ces malades recommencèrent à fumer, et malgré cela il ne se produisit pas de récidive. A. Doyon.

Médicamenteuses (Éruptions).

Nouvelle forme d'exanthème mercuriel (Eine neue Form des Merkurialexanthems), par L. Leven. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXII, p. 558.

L. a vu survenir dans 3 cas, après un traitement par les frictions ou par les injections, un exanthème caractérisé par des taches arrondies ou ovales allant jusqu'à la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette éruption apparut une à deux semaines après la fin du traitement ; elle était localisée aux doigts, aux orteils, moins prononcée à la paume des mains et à la plante des pieds. Ni rougeur inflammatoire, ni infiltration ; le centre était lisse, sur les bords légère desquamation ; à la péripherie aucune trace d'infiltration. L'exanthème disparut ensuite peu à peu proportionnellement à l'élimination du mercure. A. Doyon.

Érythème quinique (An extraordinary case of quinine susceptibility), par H. Stelwagon. *Journal of cutaneous and gen.-ur. diseases*, janvier 1902, p. 13.

Le malade est un homme d'âge mûr bien portant, chez qui la moindre dose de quinine détermine une éruption scarlatiniforme généralisée suivie de desquamation. Quelques minutes après l'absorption de la quinine il éprouve sur tout le corps une sensation de chaleur à la peau et au bout d'une heure ou deux un érythème rouge vif couvre tout le corps avec sensation très vive de malaise et quelquefois un peu de fièvre. L'érythème pâlit au bout de 3 ou 4 jours, puis survient une desquamation en grandes lames qui dure deux ou trois semaines.

Les ongles n'ont jamais été atteints. Il y a eu en tout 20 ou 25 attaques. Les premières éruptions ont eu lieu après l'absorption de quinine à doses thérapeutiques, d'autres après celle de toniques contenant du quinquina. Une série d'éruptions ont suivi l'absorption d'une boisson amère, d'autres sont survenues après celle d'une pastille médicamenteuse contenant 8 ou même dans un cas 4 milligrammes de quinine ; il en a été de même après l'usage d'une poudre dentifrice ou d'une friction pour le cuir chevelu contenant de la quinine. Dans ce dernier cas il n'y eut aucune action locale particulière, mais seulement une éruption générale d'emblée. W. D.

Muqueuse buccale (Glandes de la —).

Des glandes sébacées dans la muqueuse buccale et labiale (Ueber Talgdrüsen in der Mund-und Lippenschleimhaut), par R. Zander. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 104.

On a dans ces derniers temps décrit dans la muqueuse bucco-labiale des glandes sébacées sous forme de granulations miliaires, blanc jaunâtre, ne s'accompagnant pas de troubles subjectifs. Chez 252 hommes de tout âge que Z. a examinés à ce point de vue il a constaté 79 fois et chez 198 femmes 60 fois la présence de glandes sébacées. Le siège et le nombre de ces glandes étaient très variables ; chez 69 sujets elles occupaient seulement les lèvres et le plus souvent la lèvre inférieure ; chez 20 autres on les rencontrait tout à la fois sur les lèvres et sur la muqueuse buccale ; enfin chez 50 autres il n'y en avait que sur la muqueuse buccale, tandis que les lèvres étaient indemnes. Leur siège de prédilection était ici la ligne des dents.

Quant à l'étiologie, il existait chez quelques malades d'autres symptômes d'inflammation de la muqueuse, beaucoup étaient de grands fumeurs; chez les enfants et chez bon nombre de femmes il y avait le plus souvent des dents plus ou moins cariées.

En ce qui concerne le développement de glandes sébacées sur une muqueuse, par conséquent dans des régions où normalement elles font défaut, les examens microscopiques de Z. tendent à confirmer l'opinion de Heuss qu'il ne s'agit, comme Audry le croit, ni de germes égarés enfoncés provenant de la vie fœtale, ni d'éléments préformés qui par suite d'une irritation deviennent visibles, mais d'un développement post-embryonnaire des glandes sébacées dans la muqueuse buccale. A. Doyon.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde (Ueber Mycosis fongoïdes Alibert), par Vollmer. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 59.

Le cas rapporté par V. est surtout intéressant à deux points de vue : l'âge de la malade (17 ans) et la symétrie des tumeurs. Cette symétrie existait dans des régions exposées à une certaine pression. Les différentes tumeurs étaient placées sur les coudes, sur la face palmaire des régions carpiennes, sur la face dorsale des doigts, les rotules et sur les malléoles internes enflammées par les mouvements des pieds ou par la pression des chaussures.

De l'étude histologique d'une tumeur d'origine récente V. conclut que, à la période de début, les tumeurs du mycosis fongoïde doivent être rapportées à une néoplasie conjonctive et que, outre la prolifération du tissu conjonctif, il faut regarder les ulcérations épithéliales, la transformation hydropique des cellules du stratum granuleux comme caractérisant déjà le début des tumeurs. A. Doyon.

Pemphigus.

Pemphigus des nouveau-nés (Ueber Pemphigus neonatorum), par P. Richter. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 507 et 680.

Dans ce travail très consciencieux (de 87 pages), R. a fait une étude historique et bibliographique très complète du pemphigus depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Voici ses conclusions : abstraction faite du pemphigus syphilitique, une seule affection peut être décrite sous le nom de pemphigus neonatorum. Elle est le résultat de contagions volontaires ou involontaires, est caractérisée par la présence d'un staphylocoque non encore suffisamment étudié, elle survient d'une manière sporadique et épidémique et son évolution peut être bénigne ou maligne. La maladie peut aussi être congénitale et dans ces cas le pronostic est souvent grave.

La dermatite exfoliative des nouveau-nés décrite par Ritter n'est autre chose qu'une variété du pemphigus neonatorum caractérisée par le soulèvement particulièrement facile de l'épiderme et par la malignité. Un autre groupe comprend les cas à évolution maligne provoqués par des streptocoques ou par une infection mixte de staphylocoques et de streptocoques, avec fièvre intense, tandis que la maladie évolue le plus souvent sans

fièvre. Les bulles peuvent devenir hémorrhagiques, voire même gangréneuses. Le pemphigus neonatorum, qui évolue habituellement en quelques semaines, n'a rien à faire avec le pemphigus foliacé qui est une affection chronique. Le pemphigus neonatorum paraît au contraire se rattacher étiologiquement à l'impétigo contagieux, tandis que les différences cliniques tiennent aux conditions anatomiques et physiologiques différentes qui existent entre la peau des nouveau-nés et celle des enfants plus âgés et des adultes. A. Doyon.

Pigmentations cutanées.

Hyperchromie cutanée (Hyperchromia cutaneæ demodice folliculorum), par S. Mendes da Costa. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1901, n° 10, p. 695.

Femme entre deux âges, atteinte d'une pigmentation qui s'est développée en une seule nuit, au menton et à la lèvre supérieure. La pigmentation s'atténuait de temps en temps après une légère desquamation en lamelles minces, mais peu de temps après, à la suite de malaise et de fièvre, la tache hyperchromique s'agrandit, prit une teinte plus foncée et présenta une légère desquamation à sa surface. Enfin elle présentait la forme de deux cercles en S, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, de couleur brun foncé. M. d. C. a trouvé dans les écailles nombre de parasites, parmi lesquels le demodex folliculorum.

Ce qui était remarquable dans ce cas, c'est que la malade ne présentait ni acné, ni comédons ou séborrhée.

Le traitement a consisté d'abord dans l'emploi d'emplâtre hydrargyrique et phéniqué N° 16, d'Unna-Beiersdorf. Une récidive étant survenue, on a prescrit une pâte à la résorcine, dont M. d. C. ignore encore les résultats. J. v. d. Wyk.

Rayons X en thérapeutique dermatologique.

Traitement du lupus érythémateux par les rayons de Röntgen (A case of lupus erythematosus cured by the X rays), par R. Wood. *American Journal of the medical sciences*, décembre 1901, p. 834.

Femme de 32 ans, sans antécédents tuberculeux, porte depuis quatre ans un placard de lupus érythémateux situé sur la joue. Dès la première application de la lumière de Röntgen il survint une réelle amélioration et la guérison était complète après six applications. W. D.

Traitement des maladies de la peau par les rayons Röntgen (Die Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen), par A. Gassmann. *Fortschritte der Medicin*, 1902, t. XX, p. 5.

Quoique la technique de la photothérapie ne soit pas encore assez développée pour qu'on connaisse tous les facteurs qui peuvent provoquer des actions nocives sur la peau, — notamment l'influence de la qualité des tubes, — on doit cependant avouer qu'avec une connaissance suffisante de ce traitement les accidents graves sont devenus très rares. Mais il faut tenir compte dé l'idiosyncrasie de certains individus pour l'application des rayons; on doit commencer par une très faible dose, ne pas oublier non plus que cette impressionnabilité spéciale peut n'apparaître que tardivement, en raison de la longue période latente des réactions et de l'action cumulative

des rayons. C'est là une des plus grandes difficultés pour éviter les influences nocives.

En ce qui concerne le traitement du lupus, G. n'est pas d'avis de provoquer une escarre. C'est trop dangereux et trop désagréable pour le malade. Une escarre, même très superficielle, exige souvent un très long laps de temps pour la guérison et est douloureuse; si elle est profonde — ce qui est possible — outre d'autres inconvénients, elle laisse à désirer au point de vue cosmétique. G. croit préférable de rechercher une réaction érythémateuse modérée. On doit la recommander comme traitement initial, surtout dans le lupus étendu et inopérable de la face. Plus tard ou en même temps, on emploiera encore d'autres méthodes, pour obtenir un résultat durable qui souvent fait défaut avec la photothérapie. Le traitement par les pommades (spécialement la pommade pyrogallique) se combine très bien avec la photothérapie; il en est de même de l'électrolyse, du procédé de Holländer, du thermocautère, etc.

La photothérapie a pris définitivement droit de cité comme moyen utile d'épilation ; il faut toutefois s'en servir avec prudence pour éviter l'atrophie des follicules dans toutes les maladies du cuir chevelu et de la barbe, tandis que dans les nævi pilaires et dans l'hypertrichose, elle a pour objectif l'oblitération des follicules.

Dans le lupus érythémateux, le nævus flammeus, l'acné rosacée, malgré les résultats favorables déjà obtenus, de nouvelles recherches sont encore nécessaires. Dans l'eczéma, l'acné, le cancroïde, etc., on doit chercher à compléter les essais déjà faits. A. Doyon.

Rhinosclérome.

Pathologie du rhinosclérome (Zur Pathologie des Rhinoscleroms), par A. Huber. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 170.

On doit regarder comme spécifiques les engorgements ganglionnaires que la clinique démontre chez les malades atteints de rhinosclérome, puisqu'on peut y constater bactériologiquement et histologiquement le bacille de cette affection.

Il n'est pas impossible qu'il y ait effectivement des cellules de Mikulicz dans le tissu ganglionnaire du rhinosclérome ; mais toutefois il faut donner absolument la prépondérance au bacille du rhinosclérome.

Le caractère spécifique des lésions rhinoscléromateuses des ganglions consiste uniquement dans la démonstration bactériologique et histologique du bacille du rhinosclérome ; les autres lésions ganglionnaires n'ont aucun caractère spécifique. A. Doyon.

Pathologie du rhinosclérome (Zur Pathologie des Rhinoscleroms), par S. Rona. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 165.

Dans des travaux antérieurs, R. avait appelé l'attention sur les deux points suivants : en Hongrie le rhinosclérome doit exister à l'état sporadique ; cette affection s'accompagne d'engorgements ganglionnaires régionnaires métastatiques. Aux 21 cas qu'il avait cités il faut en ajouter 6 nouveaux qui ont été observés par différents auteurs.

R. rapporte ensuite un cas de rhinosclérome avec métastases régionnaires des ganglions lymphatiques. L'examen bactériologique d'un fragment de la

partie non excoriée de la tumeur du nez et d'une glande sous-maxillaire donna sur des tubes d'agar glycériné des cultures pures de bacilles caractéristiques capsulées. Quant à l'ulcération du tissu du rhinosclérome, R. a observé dans plusieurs cas une ulcération des tumeurs de la peau et de la muqueuse, voire même une nécrose étendue et une tumeur profonde. Sans exulcération on ne pourrait pas expliquer les grandes destructions, telles que perte de la luette, destruction des arcs palatins, etc. que l'on observe parfois sur les muqueuses dans l'évolution du rhinosclérome. A. Doyon.

Sarcomatose cutanée.

Sarcome multiple idiopathique de la peau (A case of idiopathic multiple sarcoma of the skin), par Koehler et Johnston. *Journal of cutaneous and gen.-ur. diseases*, janvier 1902, p. 5.

Le malade est un homme de 50 ans, très blond, originaire de Russie. L'éruption actuelle a débuté il y a 2 ans par les membres, puis s'est répandue sur le tronc et la face, s'accompagnant de quelques accès de fièvre et de douleurs rhumatoïdes dans les muscles et les articulations. Toute la surface du corps est criblée de petites tumeurs rondes de volume varié, de couleur rouge brunâtre, fermes et indolentes. Elles sont plus abondantes du côté de l'extension et sur le front leur confluence produit un facies léonin. Elles n'ont aucune tendance à s'ulcérer et il n'y a pas d'adénopathie. Les injections arsenicales n'ont produit aucune amélioration, mais semblent avoir un moment arrêté le processus.

Les tumeurs occupent la partie profonde du derme, elles sont bien limitées. La partie périphérique est formée de cellules fusiformes drues, très inégales de forme et de volume, séparées par un fin réticulum.

Dans la partie centrale elles sont peu à peu remplacées par des cellules ovoïdes ou polyédriques à protoplasma pâle, à noyau vésiculeux formant des amas limités par une fine membrane et ne contenant pas de réticulum. Ces amas présentent souvent une lumière avec quelques globules de sang. On ne voit pas de mitoses.

Cette tumeur paraît se rattacher aux sarcoïdes en raison de sa bénignité, de l'absence de métastases vraies et d'envahissement ganglionnaire. Le tissu plutôt sarcomateux de la périphérie est remplacé peu à peu par une production endothéliomateuse qui existe presque seule au milieu. W. D.

Sclérodermie.

Sclérodermie linéaire, par Pinkus. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 7 mai 1901.

P. présente un enfant atteint de sclérodermie linéaire du côté droit et limité à trois raies : la première occupe le sixième espace intercostal, la deuxième le dixième et la troisième la cuisse. Celle située dans le dixième espace intercostal va de la ligne axillaire postérieure à l'ombilic. Celle de la cuisse commence à l'articulation coxo-fémorale, passe sur le genou et la jambe et descend jusque sur la plante du pied. Actuellement, la maladie présente le caractère de la sclérodermie zoniforme typique; à la jambe seulement, il y a déjà un état atrophique, cicatriforme. En certains points, la bande sclérodermique est particulièrement dure et d'une coloration brun foncé.

A la jambe, petite nodosité formée de petites papules de la grosseur d'une lentille d'où partent des vaisseaux radiés; on retrouve là tous les caractères d'une sclérodermie typique, lardacée.

Lesser observe actuellement un cas analogue à la période de développement. Il s'agit d'un garçon de huit ans chez lequel il existe sur le front d'un seul côté, correspondant au territoire du nerf sus-orbitaire, une bande d'environ 2 centimètres de largeur qui s'étend jusque sur le cuir chevelu. La partie atteinte est œdématiée au toucher, avec liséré rouge livide. Selon L., il s'agit bien d'une sclérodermie au début, malgré l'absence de quelques symptômes typiques.

Heller dit que dans certains cas de sclérodermie en bandes, on ne trouve pas de rapport avec les nerfs.

Lesser croit qu'il existe une atrophie des muscles de la jambe, l'examen électrique permettrait de s'assurer s'il y a une lésion nerveuse.

Sclérodermie en plaques, zoniforme, par Gaucher et Coyon. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 mai 1901.

G. et C. présentent une femme de 30 ans, atteinte de sclérodermie en plaques ; les plaques, au nombre de 5 sur le trajet du nerf brachial cutané interne droit, sont situées l'une, large comme une pièce de 1 franc, à la partie supérieure du bras, une 2e ovalaire, de 1 centimètre 1/2 dans son grand axe, au-dessous et un peu en dehors de l'épitrochlée, une 3e à la partie inférieure du coude, les deux autres, plus petites, au niveau du poignet. Une autre plaque se voit à la partie supérieure du sein droit, dans le 2e espace intercostal. Cette distribution zoniforme qui correspond à celle du nerf brachial cutané interne et de son accessoire, est en faveur de l'origine nerveuse de la sclérodermie. G. T.

Sclérodermie hypertrophique diffuse avec pèriarthrite coxo-fémorale et névrite sciatique, par Ed. Hirtz. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 juin 1901.

H. présente un homme de 46 ans, atteint depuis 2 ans, à la suite d'un refroidissement, de douleurs assez vagues daus le membre supérieur droit ayant pris le caractère de la névralgie sciatique. A la suite d'injections d'huile biiodurée, les douleurs se calmèrent, mais la cuisse augmenta de volume à sa partie supérieure, les 2/3 supérieurs du fémur se tuméfièrent et l'articulation coxo-fémorale s'ankylosa complètement; en même temps la peau et le tissu cellulaire sous-cutané s'épaissirent et s'indurèrent à la face antérieure de la cuisse droite en empiétant sur les faces interne et externe, dans les plis inguinaux, sur la paroi abdominale, à la partie inférieure du thorax, à la face postérieure des bras, ces lésions étant surtout accusées du côté droit, mais existant également, à un degré moins avancé, à gauche. Atrophie musculaire très prononcée du membre inférieur droit. Pas de troubles de sensibilité, à l'exception d'une légère hyperesthésie généralisée, pas de pigmentation des téguments, ni de refroidissement des membres. G. T.

Sclérodermie syringomyélique, par Brissaud. *Société de neurologie de Paris*, 4 juillet 1901.

B. rapporte l'observation d'un homme de 38 ans, ayant depuis 3 ans de la raideur des doigts des deux mains survenant d'abord par accès qui s'accompagnent de refroidissement des téguments, puis permanente avec flexion

des phalangettes sur les phalangines et des phalangines sur les phalanges; l'extrémité des doigts est effilée, la peau tendue et ferme, d'un violet très pâle aux phalanges et franchement blanche aux extrémités; ulcérations sur la face externe de la 3e phalange du médius gauche et à l'union de l'annulaire gauche et de la paume de la main et à la base du pouce droit, ongles décollés et légèrement recourbés sur l'extrémité digitale, sensibilité normale. Quatre ans plus tard, la flexion des doigts est beaucoup plus accusée, les phalangettes sont effilées et légèrement diminuées de longueur, les ongles incurvés et striés longitudinalement, la peau est indurée au niveau de la face palmaire des deux dernières phalanges des doigts; mouvements volontaires et passifs très limités; sensibilité à la piqûre, au chaud et au froid abolie au niveau des phalangettes, normale sur tout le reste du corps, muscles de l'avant-bras et des bras bien développés, réflexes normaux. Amélioration d'une des mains par enveloppements permanents dans des cataplasmes.

B. se base sur les déformations des doigts et sur la petite zone de dissociation de la sensibilité pour admettre l'existence de la syringomyélie. G. T.

Sur une forme particulière d'urticaire factice dans la sclérodermie (Ueber eine besondere Form der Urticaria factitia bei der Sclerodermie), par BETTMANN. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1901, p. 365.

B. rapporte l'observation de deux malades présentant une forme exceptionnelle d'urticaire factice. Chez le premier malade on constatait des troubles vaso-moteurs de caractère différent : sur les mains il survint à plusieurs reprises des symptômes de cyanose locale et d'asphyxie; sur les pieds apparurent, sans cause externe appréciable, des tuméfactions dures qui ne se laissaient pas déprimer par le doigt et disparaissaient au bou de peu d'heures. En outre, spécialement à la plante des pieds, taches rouges, fugaces, douloureuses, à contours irréguliers.

Dans les points sur lesquels étaient placées les cathodes pour le traitement électrique du malade, on voyait apparaître consécutivement une rougeur qui persistait 24 heures et même davantage. Le passage rapide de l'ongle sur le thorax et le dos provoquait une urticaire factice se développant très lentement, peu saillante, dont le maximum d'intensité ne se produisait qu'après plusieurs minutes, mais par contre durait très longtemps. Les caractères tracés avec l'ongle persistaient quelquefois sans changement pendant 5 à 6 jours. L'abdomen et les membres restaient indemnes. Chez le second malade cette urticaire factice se manifestait également sur le thorax et le dos mais durait moins longtemps, mais toujours 20 heures. Dans ce cas aussi l'apparition des traînées rouges était lente et les plaques urticariennes présentaient une faible intensité.

L'urticaire factice s'observe souvent dans la sclérodermie ; elle est assez fréquemment mentionnée par les auteurs, principalement dans la forme diffuse; on peut la regarder comme présclérodermique.

Dans les deux cas la durée du dermographisme est très frappante ; une durée de 20 heures — comme dans le cas II, et de 6 jours — comme dans le cas I — sont tout à fait exceptionnelles. Il y a en outre disproportion évidente entre la persistance du dermographisme et la rapidité de son

développement et son intensité. Ce qu'il y avait de caractéristique chez ces deux malades ce n'est pas, malgré sa longue durée, l'intensité du processus, mais la lenteur du développement et de la régression. Selon B., il ne saurait être question ici d'un « grand dermographisme », mais plutôt d'une urticaire factice retardée. A. Doyon.

Trichophytie.

Traitement de la teigne tondante (Treatment of ringworm of the scalp in institutions), par H. Stelwagon. *Journal of the American medical Association*, 23 nov. 1901, p. 1389.

Les médicaments les plus utiles sont le soufre, le naphtol, l'iode, la chrysarobine et l'huile de croton.

Dans les cas très étendus et très diffus, S. fait tous les jours savonner la tête préalablement tondue ou rasée et laisse la mousse de savon une dizaine de minutes sur la peau. Après que le cuir chevelu a été rincé et épongé, on y applique une pommade au soufre et au naphtol.

Sur les plaques limitées S. applique une pâte épilatoire au sulfure de barium tous les 5 ou 10 jours et fait mettre sur les plaques une pommade au soufre et au naphtol à dose forte, ou bien de la teinture d'iode deux fois par jour, jusqu'à desquamation en lames épaisses. S'il survient trop d'inflammation, on met une pommade anodine.

La chrysarobine donne également de très bons résultats, on applique sur les plaques une solution saturée de chrysarobine dans le chloroforme et, quand le chloroforme est évaporé, on y met une couche d'un mélange en parties égales de collodion élastique et de collodion riciné.

La chrysarobine n'est pas bien supportée par tous les sujets, notamment par les enfants trop jeunes.

L'huile de croton est surtout utile pour les petites plaques et ne doit être employée que si le malade peut être étroitement surveillé. On applique l'huile pure, mais en faible quantité et jusqu'à ce que le cuir chevelu soit fortement enflammé et œdématié. Une seule application peut amener la guérison d'une plaque de tondante. W. D.

Trichosporie.

Un cas de trichosporie (piedra nostras) observé en France, par Vuillemin. *Académie des Sciences de Paris*, juin 1901.

V. a vu chez un homme de 36 ans, les poils de la moustache enveloppés, dans leur portion moyenne, d'une gaine dure, irrégulière, parfois mince, parfois saillante, commençant à un centimètre environ de la racine et s'étendant sur une longueur égale, avec ou sans interruption ; son diamètre atteignait environ un tiers de millimètre. L'examen microscopique montra qu'elle était composée de cellules végétales rondes à paroi épaisse, incrustées dans une substance fondamentale. Ces constatations lui permirent de diagnostiquer l'affection connue en Colombie sous le nom de *piedra* et, en France, sous le terme de trichomycose noueuse. Il croit qu'il est préférable de lui appliquer le terme de trichosporie, du nom du parasite végétal qui lui donne naissance (trichosporum Beigelii). L'affection a cédé rapidement à des lavages fréquents avec une solution aqueuse de sublimé à 2 p. 1000. G. T.

Zona.

Éruption zostériforme chez un tuberculeux, par Laignel-Lavastine. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 11 janvier 1901.

L. L. rapporte l'observation d'un malade de 53 ans, atteint de tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement avec scoliose à concavité gauche s'étendant de l'apophyse épineuse de la 4e dorsale à celle de la 11e et d'une éruption herpétique occupant le côté gauche du thorax et formant en arrière 2 bandes parallèles aux côtes, la supérieure immédiatement au-dessus de la 5e côte, l'autre au niveau du 5e espace, cette dernière s'arrêtant au niveau de l'aisselle, tandis que la supérieure traverse obliquement le 4e espace, puis la 4e côte, le 3e espace et atteint le sternum au niveau de la 3e côte. Quelques jours après, apparut une nouvelle éruption parallèle et sous-jacente à la 11e côte, fracturée autrefois au niveau de son angle postérieur. Ces diverses lésions laissèrent à leur suite des cicatrices blanchâtres gaufrées.

A l'autopsie, on trouva des lésions assez banales (étant donné l'âge du malade et la tuberculose dont il était atteint) de névrite des 4e et 5e racines spinales et des lésions cellulaires également banales dans le 5e ganglion dorsal et des lésions importantes des cellules de la corne antérieure gauche de la moelle au niveau du 5e segment médullaire (cellules moins nombreuses, globuleuses, sans granulations chromatiques, à protoplasma se colorant uniformément en bleu clair par la méthode de Nissl, sauf les régions occupées par le pigment, avec nucléole normal, mais à noyau excentrique. C'est à ces altérations cellulaires, ayant elles-mêmes provoqué une sclérose interfasciculaire, que L. L. rapporte l'éruption zostériforme. G. T.

Sur une rechute de pneumonie avec poussée d'herpès au niveau d'un zona antécédent de la cuisse, par Hallopeau. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 février 1901.

H. rapporte l'observation d'un homme de 55 ans, atteint le 22 décembre 1900, de zona de la cuisse très douloureux ; le 3 janvier, frisson et début d'une pneumonie à la base gauche ; au 10e jour, défervescence mais avec persistance de subdélirium, de diarrhée et de ballonnement du ventre ; au 20e jour, reprise de la fièvre, apparition d'une plaque d'herpès zoniforme à la cuisse droite, dans la partie même où le zona s'était manifesté un mois avant, mais sans douleur, puis développement d'une pneumonie à la base gauche. L'apparition de l'herpès à la cuisse montre que celle-ci était un locus minoris resistentiæ, qui a été facilement influencé par les pneumocoques ou par leurs toxines. G. T.

Observations de zona traumatique par contusion ou lésion cutanée superficielle, par Gaucher et H. Bernard. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 février 1901.

G. et B. rapportent 3 cas de zonas consécutifs à des traumatismes superficiels ; dans le 1er, à la suite d'un coup de balancier sur le côté gauche du nez et la joue gauche, il survient des douleurs dans tout le côté gauche de la tête et principalement dans la région temporale et, 48 heures après l'accident, une éruption de zona occupant l'aile gauche du nez, la partie voisine de la joue gauche, l'intérieur de la narine gauche, le pilier antérieur gauche

du voile du palais; dans le 2e, un enfant de 3 ans, 2 jours après une petite plaie superficielle au-dessous de la paupière inférieure droite, eut sur le menton du même côté un groupe de vésicules zostériformes bientôt infectées par l'impétigo dont était atteint sa sœur; dans le 3e, un homme adulte vit survenir, le jour où il se fit une contusion du flanc gauche, un zona occupant la région lombo-abdominale gauche.

G. et B. admettent la dualité du zona, qui peut être d'origine centrale ou d'origine périphérique, siégeant exactement sur le territoire des nerfs lésés, comme cela arrive dans tous les zonas traumatiques. G. T.

Deux cas de fièvre zoster avec examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien, par Achard et Loeper. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 mars 1901.

A. et L. ont examiné le liquide céphalo-rachidien, dans 2 cas de zona du membre inférieur, l'un au 8e jour mais encore accompagné de fièvre, l'autre au 5e jour, alors qu'un grand nombre de vésicules étaient déjà flétries; la cryoscopie donna dans le 1er cas — 0,36 et dans l'autre — 0,48. Ensemencés assez largement, les deux liquides ont fourni un microorganisme à colonies demi-transparentes sur gélose, troublant le bouillon et y formant un fin dépôt que l'agitation dissocie facilement, donnant une strie grisâtre sur la gélatine qu'il ne liquéfie pas, à culture jaune clair sur pomme de terre, ne produisant pas la coagulation du lait à la température de l'étuve, mais à l'ébullition. Ce microorganisme est un bacille peu mobile, ayant souvent la forme de bâtonnets incurvés, disposé tantôt par groupes de 2 éléments, tantôt en filaments plus ou moins longs; il ne prend pas le Gram. Par l'ensemble de ses caractères, il doit être rangé parmi les colibacilles, mais se distingue du type ordinaire par l'absence de coagulation du lait à froid.

Il est possible que le zona soit causé par la localisation arachnoïdienne ou médullaire de microbes différents les uns des autres. G. T.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du zona thoracique, par Brissaud et Sicard. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 mars 1901.

B. et S. ont fait chez 2 malades atteints de zona thoracique, au 5e jour chez le 1er, au 6e et au 12e chez le 2e, l'examen du liquide céphalo-rachidien; ils y ont trouvé de très nombreux éléments figurés consistant en lymphocytes et en grandes cellules mononucléaires, sphériques, fixant les colorants d'une façon variable et pouvant se réunir en chaînettes, 2 par 2, plus rarement soudées entre elles; dans un des cas, ces grandes cellules étaient particulièrement nombreuses.

La cryoscopie donne des résultats se rapprochant de ceux fournis par le sérum sanguin normal (— 0,56 dans un cas, — 0,57 dans l'autre).

L'ensemencement sur bouillon n'a fourni aucun microbe dans un cas et a fourni dans l'autre une culture de staphylocoque blanc résultant probablement d'une contamination accidentelle.

L'existence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien est en faveur de l'origine médullaire de certains zonas, car il existe sans doute des zonas d'origine : 1° périphérique, 2° ganglionnaire, 3° spinale. G. T.

Du zona pneumonique, par Talamon. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 avril 1901.

T. rapporte trois observations de zonas survenus au cours de la pneumonie. Dans la première, un homme de 33 ans est pris, le quatrième jour d'une pneumonie du sommet droit, de zona ophthalmique gauche. Dans la deuxième, un homme de 18 ans présentait, le deuxième jour d'une pneumonie de la partie moyenne du poumon gauche, un zona siégeant dans le dixième espace intercostal gauche. Dans la troisième, un homme de 55 ans est pris, deux mois après une pneumonie de la base gauche, d'un zona de la partie inférieure du thorax du côté gauche.

Dans les deux derniers cas, on peut supposer qu'il y a propagation par voisinage de l'infection pneumococcique du poumon au nerf. Dans le premier cas, où, comme dans une observation récemment rapportée par Hallopeau, le zona s'était produit à distance, on ne peut guère incriminer que l'action de la pneumotoxine sur le système nerveux. On peut donc dire que le zona est dans certains cas une pneumococcie de la peau et il en est probablement de même dans bien des cas de zona où il n'y a pas de pneumonie concomitante. G. T.

Sur un cas de zona thoracique à disposition métamérique (cytologie, bactériologie), par Dopter. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 juillet 1901.

D. a examiné le liquide céphalo-rachidien dans un cas de zona thoracique à disposition métamérique. Il y a trouvé une abondance moyenne de lymphocytes, et quelques rares éléments arrondis nucléés semblant être des cellules endothéliales. Il a trouvé, en outre, par l'examen microscopique, un bacille très mobile, court ou allongé, isolé ou plus souvent sous forme de diplobacilles, lesquels sont souvent incurvés, parfois encore en chaînettes de 7 à 8 ou même 8 bacilles. Ce bacille se cultive assez difficilement. En bouillon, il donne un trouble d'abord léger, puis plus accusé, enfin un dépôt au fond du vase; en bouillon lactosé carbonaté, il pousse faiblement. Sur gélose en strie, il se forme une traînée transparente légère, qui s'opacifie ensuite, et les colonies isolées sont régulièrement rondes, à centre opaque. Ce microbe liquéfie la gélatine en quatre à cinq jours, après y avoir produit une traînée mince, transparente, puis opaque et grisâtre; la gélatine liquéfiée est trouble et contient des flocons blanchâtres muqueux. Sur sérum coagulé, il se forme au niveau de la strie d'ensemencement une traînée mate très grêle. Sur pomme de terre, la strie est d'abord discrète et transparente, plus tard elle s'épaissit et prend un aspect gluant sans coloration spéciale. Ce microbe ne coagule pas le lait, ne produit pas d'indol en culture dans l'eau peptonisée; sa vitalité est très faible, et au cinquième passage il ne pousse que très faiblement, pas du tout au sixième. Les inoculations aux animaux sont restées négatives, sauf chez un jeune cobaye, maigre, qui après inoculation intra-péritonéale de 2 centimètres cubes de culture en bouillon, est mort de péritonite en quatre jours, avec du bacille dans le sang et dans les organes. Ce bacille diffère de la variété de coli-bacille trouvée par Achard et Lœper dans un cas de zona par sa propriété de liquéfier la gélatine et par ses autres caractères de culture. G. T.

Le liquide céphalo-rachidien dans le zona, par Achard, Lœper et Laubry. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 juillet 1901.

A., L. et L. ont poursuivi leurs recherches exposées dans la séance du 15 mars 1901 et ont étudié le liquide céphalo-rachidien dans 17 cas de zona thoracique, thoraco-abdominal ou crural. Dans 9 cas, les cultures sont restées stériles, quoique dans un de ces cas l'examen microscopique ait permis de reconnaître la présence de bacilles. Sur les 8 cas qui ont donné des cultures, cinq fois il s'agissait de bacilles n'appartenant pas à une espèce unique; dans un cas il y avait, en outre, du staphylocoque citrin dû probablement à une contamination accidentelle, dans un autre du streptocoque et du staphylocoque blanc, ce dernier peut-être dû aussi à une impureté, et dans un cas du staphylocoque et dans un du bacille pyocyanique, vraisemblablement aussi dû à une impureté.

Dans 16 de ces cas, la recherche des leucocytes a été faite après centrifugation; elle a été négative huit fois; dans les autres cas, il y avait des lymphocytes, généralement fort peu nombreux; dans le cas où l'ensemencement a été négatif et où les bacilles ont été vus sur lame, les leucocytes comprenaient 6 p. 100 de polynucléaires.

Les cas ayant donné des cultures se rapportent plus spécialement à des zonas devant être rattachés à une origine spinale.

En somme, la réaction leucocytaire et la présence de microbes dans la cavité arachnoïdienne ne sont pas constantes dans le zona dit essentiel; on conçoit d'ailleurs que la lésion infectieuse à laquelle on attribue le zona puisse siéger en un point limité de la moelle, des ganglions ou même des racines, sans déterminer le passage de leucocytes ni de microbes dans l'intérieur de cette cavité. D'autre part, ces recherches montrent que des infections d'espèces diverses peuvent produire le zona.

Widal et L. Le Sourd, dans un cas de zona métamérique du membre inférieur droit avec nombreuses vésicules aberrantes au niveau du dos, de la région sous-maxillaire droite et du mollet gauche, ont trouvé le liquide céphalo-rachidien clair comme de l'eau de roche, donnant par la centrifugation un léger dépôt composé presque exclusivement de lymphocytes et un certain nombre d'éléments uninucléaires dont il était difficile de définir exactement l'origine. L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien pratiqué treize jours après le début de l'éruption est resté stérile.

Achard pense que la présence des vésicules aberrantes est en rapport avec l'existence d'une réaction méningée. G. T.

Zona dans le tétanos (Herpes zoster quale complicanza di tetano traumatico), par Mastri. *Riforma medica*, 4 décembre 1901, p. 642.

Fille de 18 ans, atteinte, à la suite d'une plaie du pied par un clou, de tétanos auquel elle succomba en vingt-huit jours, malgré l'emploi des injections d'acide phénique; cinq à six jours après le début du tétanos, douleurs violentes sur le trajet du 7e nerf intercostal gauche, et, deux semaines plus tard, zona hémorrhagique le long du 7e espace intercostal du même côté. G. T.

REVUE DES LIVRES

Maladies du cuir chevelu. — I. *Les maladies séborrhéiques : séborrhée, acnés, calvitie*, par SABOURAUD. 1 vol. in-8° de 347 pages, avec 91 figures en noir et en couleurs. Paris, 1902, Masson et Cie, éditeurs.

En ce volume et en ceux qui doivent le suivre, l'auteur se propose d'étudier les *maladies du cuir chevelu*. Elles sont constituées, en majorité, par des processus morbides qui peuvent affecter toutes les régions de la surface cutanée, et qui prennent seulement, dans leur localisation aux régions pilaires, des mœurs et une physionomie nouvelles. Nous avons tenu à reproduire les premières lignes de la préface qui donnent déjà une idée de l'esprit dans lequel sera écrite cette première partie de l'ouvrage qui comprendra 6 volumes : 1° Les *maladies séborrhéiques* ; 2° les *maladies dartreuses* et les *maladies exfoliatives* ; 3° les *affections suppuratives et exsudatives de l'épiderme* ; 4° les *pelades* ; 5° les *teignes*, et 6° un glossaire alphabétique.

Ce premier volume converge tout entier autour de la description de la lésion élémentaire. Par là il reprend la tradition willanique, mais en la complétant car la lésion élémentaire *microbienne* est la cause de toutes les formes et complications qui s'enchaînent ainsi d'une façon claire et logique.

Il s'agit d'un ouvrage de fond et de forme « original » en ce sens que, après sa lecture, les matériaux apportés par des auteurs antérieurs à Sabouraud ont été remaniés, vus sous un autre angle. On peut dire qu'il n'y a guère en dermatologie d'ouvrage où la part exclusive du signataire de ce livre soit aussi grosse et celle des auteurs contemporains, les collaborateurs anonymes, plus petite.

A cause de cela il demandera des travaux de critique et de contrôle nombreux. Jusque-là on peut faire des réserves sur l'interprétation des faits expérimentaux, bien que leur logique puisse paraître serrée.

La séborrhée est une maladie de l'âge sexuel. Les enfants n'en sont pas atteints.

Avec l'âge la séborrhée s'apaise, mais elle grandit à la surface de régions entières primitivement indemnes au plus fort des symptômes de l'acné juvénile. La prime jeunesse passée, la virilité s'accuse et on voit alors la séborrhée huileuse envahir par les tempes le sommet du front, puis du crâne où la dépilation s'accentuera avec elle (calvitie précoce des séborrhéiques). Sur ce terrain séborrhéique, une foule d'efflorescences cutanées se multiplient, ce sont les eczémas parasitaires, les eczémas séborrhéiques de Unna, les formes grasses du psoriasis, les acnés furonculeuses du cou, l'acné nécrotique, toutes affections qui sont décrites dans le texte courant avec la clarté et la précision habituelles de l'auteur.

Ce livre se distingue des autres livres ordinaires de dermatologie par la clarté de l'édition, texte et figures, clarté que les figures dans le texte apportent toujours et que des planches distinctes à la fin du volume ne donnent pas. Ce livre est appelé à rendre les plus réels services aux dermalogistes comme aux médecins non spécialisés. Au point de vue typographique, il comptera au nombre des œuvres les plus remarquables de la

librairie française; il fait le plus grand honneur aux éditeurs, MM. Masson et Cie. A. Doyon.

Les champignons parasites de l'homme, par E. Bodin. 1 vol. de l'*Encyclopédie des Aide-mémoire Léauté*, 208 pages. Paris, 1902, Masson et Cie, éditeurs.

Les travaux qui ont, depuis quelques années, renouvelé complètement l'étude des champignons parasites de l'homme sont épars dans un grand nombre de publications périodiques souvent difficiles à consulter. B., que ses recherches antérieures et sa grande compétence en mycologie désignaient tout spécialement pour ce travail d'ensemble, résume d'une façon très claire et très complète tous ces travaux dans un volume de l'*Encyclopédie des Aide Mémoire* qui constitue un guide sûr pour l'étude théorique et pratique des champignons parasites.

B. expose d'abord les principes de la classification des champignons. L'ordre des mucédinées ou hyphomycètes, auquel appartiennent presque tous les parasites mycosiques de l'homme, est constitué par des champignons qui ne se reproduisent ni par des œufs, ni par des spores et qui ne forment pas un tissu donnant l'aspect d'une plante, mais sont simplement filamenteux et fructifient à l'aide d'organes naissant par une suite de bourgeonnements des filaments mycéliens et que l'on appelle des conidies.

Le groupe des mucédinées n'est pas un groupe autonome, car certaines d'entre elles ne sont que des formes inférieures ou conidiennes de champignons plus élevés en organisation; il est cependant utile à conserver, les formes supérieures de beaucoup de ces champignons n'étant pas connues. Leur étude est rendue plus complexe par leur pléomorphisme, qui entraîne des variations très considérables dans les caractères d'un même champignon et le rend méconnaissable dans certains de ses aspects.

Plusieurs de ces champignons ont une existence saprophytique, et il est possible que cette propriété appartienne à bien des espèces parasitaires pour lesquelles elle est encore actuellement ignorée. Certains ont pour habitat ordinaire un animal, duquel ils se transmettent à l'homme, d'autres sont exclusifs à l'espèce humaine, et même à certains âges de la vie de l'homme.

B. indique ensuite la technique et les procédés d'étude des champignons parasites, puis donne les caractères des différents champignons observés chez l'homme.

Il décrit 3 champignons du favus, l'achorion Schœnleinii, champignon polymorphe, propre à l'homme, l'oospora canina et l'achorion Quinckeanum, qui peuvent s'observer chez l'homme, mais ils appartiennent le 1er au chien, le 2e à la souris; puis le trichophyton, comprenant 3 espèces propres à l'homme, le trichophyton cratériforme, le trichophyton acuminatum, le trichophyton violaceum, et, parmi les trichophytons d'origine animale, le trichophyton gypseum, le trichophyton filineum, le trichophyton flavum, le trichophyton roseum, le trichophyton verrucosum; parmi les microsporons, le microsporon Audouini, le microsporon du chien, le microsporon du cheval, puis les parasites des teignes exotiques, du pityriasis versicolore, de l'érythrasma, les streptothryx, les levures pathogènes, l'aspergillus.

A propos de chacun de ces parasites, B. donne leurs caractères microscopiques, les caractères des cultures sur les différents milieux et les résultats de leur inoculation expérimentale. G. T.

Les maladies du cuir chevelu, par P. Gastou, 1 vol. de 95 pages, Paris, 1902, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

G. résume dans ce petit volume les faits connus de l'histoire des maladies du cuir chevelu. Après un chapitre d'anatomie et de physiologie générales du cuir chevelu, il expose sommairement l'étiologie des maladies du cuir chevelu, puis les éléments de leur diagnostic, et le diagnostic différentiel ; il décrit successivement à propos du diagnostic différentiel les altérations et malformations des cheveux, les troubles fonctionnels, sécrétoires et excrétoires, les alopécies diffuses et en aires, les séborrhées, les pyodermites, les affections parasitaires, les dermatoses localisées au cuir chevelu, les dermatoses communes à la peau et au cuir chevelu, puis résume les notions relatives à leur hygiène, à leur prophylaxie et à leur traitement et termine par un recueil de formules empruntées à différents auteurs. G. T.

Hautkrankheiten, par A. Neisser et J. Jadassohn (Sonderabdruck aus *Ebstein-Schwalbe's Handbuch der praktischen Medicin*), 1901.

Ce volume, de 548 pages in 8°, est dû à la collaboration de Neisser, et de son ancien assistant Jadassohn, actuellement professeur à l'Université de Berne.

L'école Silésienne de dermatologie, déjà connue par les travaux de H. Köbner et de O. Simon, est devenue, grâce à l'activité et à l'impulsion féconde de Neisser, un des centres les plus considérables de la dermatologie allemande. Les recherches personnelles de Neisser, son enseignement et les travaux de ses élèves ont réalisé des progrès importants. Dans leur exposé, N. et J. ne s'appuient pas sur un système unique, ils le déduisent tantôt de l'étiologie, tantôt de la pathogénie et aussi de l'anatomie pathologique ; ce qui importe surtout au clinicien, c'est l'ensemble des caractères de la maladie.

Dans une note placée à la fin de l'ouvrage, N. explique le point de vue auquel lui et J. se sont placés pour la rédaction de cet ouvrage dont le but est essentiellement pratique : les auteurs ont laissé de côté ou abrégé la description des faits anatomo-pathologiques et histologiques et ont porté toute leur attention sur le diagnostic clinique et le traitement. Il ne s'agit pas d'un traité ordinaire, mais de l'œuvre de cliniciens consommés qui, tout en donnant leur opinion, sont très au courant des travaux des autres auteurs dont ils tiennent compte. Ce livre est surtout écrit pour les praticiens bien plus que pour des spécialistes en maladies de la peau.

Parmi les chapitres les plus importants, nous signalerons ceux qui se rapportent à l'eczéma et aux maladies infectieuses de la peau, dus à la plume de Neisser; notamment en ce qui concerne l'eczéma, on trouvera des données très précises sur les divers modes de traitement et sur leurs indications Les chapitres consacrés aux maladies des glandes sudoripares, à celles des poils et des ongles sont rédigés par Jadassohn. La bibliographie a été choisie et faite avec grand soin.

Toutes les questions sont ici traitées par Neisser et Jadassohn avec une remarquable pénétration et une grande clarté. Cet ouvrage est appelé à rendre de très grands services et il sera très utilement consulté par les praticiens et les dermatologistes. De nombreuses figures illustrent le texte.

A. Doyon.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



TRAVAUX ORIGINAUX

DES ALTÉRATIONS OCULAIRES DANS LE XERODERMA PIGMENTOSUM

Par le Dr **Albert Monthus**,
Ancien Interne des hôpitaux,
Chef de laboratoire à la Clinique ophtalmologique de la Faculté.

A l'heure actuelle, le nombre des cas de xeroderma pigmentosum publiés dépasse la centaine.

En compulsant les observations, on est frappé de la grande fréquence des lésions xérodermiques dans la région oculaire.

On y rencontre toute la gamme de ces altérations : taches pigmentées, lésions dystrophiques, télangiectasies, tumeurs bénignes et malignes.

C'est souvent dans la région oculaire que débutent les premières manifestations morbides ; c'est là que l'évolution maligne est particulièrement rapide.

Par leur fréquence, par les troubles graves de la vision qu'elles occasionnent, ces manifestations présentent le plus grand intérêt.

Nous avons observé tout récemment dans le service de M. le Dr Thibierge, à l'hôpital Broca, deux cas de xeroderma pigmentosum ; les deux malades présentaient des altérations oculaires très marquées.

Nous rapportons ici ces deux observations :

Observation I. — *Xeroderma pigmentosum. Altérations xérodermiques de la peau des paupières. Pannus de l'œil droit. Amas épithélial au niveau du limbe scléro-cornéen de l'œil gauche.* (Observation recueillie par M. Apt, externe du service). — Rosine Bl..., âgée de 15 ans. Entrée le 24 décembre 1901, salle Fracastor. Originaire du Loiret (Saint-Benoît), aux confins de la Sologne.

Antécédents héréditaires.— Parents bien portants. Cousins germains, leurs mères étaient sœurs. Le père a 52 ans, la mère 54. Frères et sœurs : Aîné, 25 ans ; deuxième, 22 ans.

Les deux suivants sont morts à l'âge de 3 mois, l'un de la coqueluche, l'autre de diarrhée infantile.

La malade, qui a 15 ans, et sa sœur, qui en a 13, sont les deux plus jeunes, elles sont atteintes de la même affection.

Grands-Parents. — Grand-père paternel mort à 80 ans, rhumatisant ; grand'mère paternelle morte à 66 ans ; grand-père maternel mort à 80 ans, grand'mère maternelle morte plus jeune que les autres d'apoplexie (?).

Deux cousines éloignées auraient eu, d'après le père de la malade, la

même maladie : taches et petits épithéliomas sur la peau de la face et des extrémités, rien sur le corps; « les yeux malades dès la jeunesse, elles sont devenues aveugles ». L'une vient de mourir à 50 ans, l'autre morte depuis 7 à 8 ans à l'âge de 40 ans. La mort ne semble pas avoir eu pour cause des tumeurs malignes.

Avant la naissance de l'aînée des deux malades, deux ans auparavant peut-être, la mère a eu un « grand mal au sein », sans doute des abcès multiples. Dans l'impossibilité de nourrir, elle a élevé ses enfants au biberon.

La maladie a commencé vers l'age de 14 mois, après une rougeole « rentrée? ». Il y avait dans le village et la famille une épidémie de rougeole. Il semble que, l'enfant étant au maillot, on n'avait pas aperçu d'abord les taches de rougeole. Elles n'ont été découvertes qu'à la fin de la maladie. L'affection de la sœur a débuté au même âge, sans antécédent analogue. Le père raconte que les premiers éléments étaient de petits points rouge violet (télangiectasies). Les boutons sont venus ensuite et les taches brunes plus tard. Il n'y a jamais eu de « boutons » aux mains.

Les yeux ont commencé à être malades vers l'âge de 5 ou 4 ans, assez pour qu'on ait conduit l'enfant chez un oculiste, le Dr Vacher, à Orléans.

La malade croit se rappeler que la figure a été prise avant les mains et les jambes, mais ne peut pas dire quand ont commencé les lésions des membres. Ce qui l'a le plus frappée, c'est ce qu'elle appelle des « méchants boutons ». Ils venaient par périodes, plusieurs à la fois. La figure en était quelquefois presque couverte, sauf le menton; le front, les tempes, les joues étaient les parties les plus affectées. La conque de l'oreille, à gauche surtout, a été envahie, la paupière supérieure également. Les « boutons » paraissent avoir été de deux sortes. Les uns commençaient par de « petits durillons » qui grossissaient peu à peu; le grattage, les heurts, les frottements les faisaient saigner assez pour rougir tout un mouchoir; il se formait une croûte; quand on l'arrachait, le sang coulait; ces petites tumeurs ne donnaient que du sang, pas de pus; elles étaient indolores, tant qu'on n'y touchait pas et duraient quelques mois et jusqu'à un an. D'autres boutons étaient plus douloureux, c'étaient des « boutons brûlants », ils suppuraient et ne duraient que quelques jours.

D'après la malade, la vue est devenue très faible de l'œil gauche vers l'âge de 12 ans. Quand le temps était mauvais et qu'il faisait de grands vents, les yeux pleuraient et devenaient rouges. Il y a environ deux ans, une « peau » s'était formée sur l'œil gauche vers l'angle externe. Cet œil a subi une opération en février 1901. Le Dr Vacher, d'Orléans, l'opéra pour symblépharon; la cornée, ainsi qu'il a bien voulu nous le faire savoir, était soudée au bord palpébral inférieur presque jusqu'à son centre, de sorte que l'élévation des globes était impossible.

Il y a peut-être un an la malade a eu un gros bouton sur l'aile du nez à gauche. Il a duré 4 ou 5 mois et a laissé une perte de substance.

Chez ses parents, elle s'occupait à ramasser de l'herbe ou travaillait à la maison. Mais elle ne sortait pas le matin et ne supportait pas le grand air. L'état de la peau sur les parties découvertes et des yeux s'aggravait. Selon le père, elle ne pouvait pas faire le même ouvrage que les enfants de même âge. Elle est allée à l'école et sait lire et écrire. Elle aimait beaucoup l'école,

mais sa très mauvaise vue l'empêchait d'apprendre comme elle voulait.

État actuel. — A la figure, parties pigmentées couvertes de taches brunes et parties blanches dépourvues de pigment, dont le contraste rappelle celui du vitiligo. On pourrait un peu artificiellement distinguer deux zones pigmentées : une frontale, de la racine des cheveux aux sourcils et d'une crête frontale à l'autre, et une sous-nasale qui se prolonge sous le menton et les parties latérales du cou. Les zones dépourvues de pigment s'étalent avec une certaine symétrie dans les régions intermédiaires, la partie moyenne du nez, les régions sous-orbitaires, les pommettes et les fosses temporales. En dehors de l'œil gauche, une large tache brune qui n'existe pas à droite. Les taches pigmentées sont tantôt brunes, foncées, petites et bien limitées, comme des taches de lentigo mais à bords plus anguleux ; tantôt plus claires, jaunâtres et confluentes de manière à former des placards. Sur toute la région moyenne du front et sur presque toute la partie du visage située au-dessous du nez, il y a des taches petites et foncées sur un fond uniformément jaunâtre, cuivré au menton. Dans cette dernière région, une très fine desquamation. C'est sur les limites des parties blanches que les taches sont le plus foncées ; quelques-unes, au voisinage des crêtes frontales, dans la région préauriculaire, sont à la fois foncées et assez étendues. Dans les parties dépourvues de pigment, la peau est blanche, lisse, d'aspect cicatriciel et atrophique. La couche papillaire très mince, repose sur un plan de tissu élastique très épais. Au palper, la peau est sèche, tendue ; elle ne se plisse pas entre les doigts et forme sur les joues de véritables plastrons. L'aspect rappelle celui de la sclérodermie.

Le réseau veineux des tempes, dilaté, est très apparent sous la peau transparente. Par places, aux joues surtout, dans les régions dépigmentées, on voit de petites dilatations vasculaires tantôt punctiformes, avec une tache centrale entourée de fines radiations, tantôt dessinant des arborescences ténues. Ces télangiectasies sont relativement peu nombreuses. En plusieurs endroits, on trouve des cicatrices sans pigmentation, en particulier sur le front vers la crête frontale gauche. La région de l'aile gauche du nez est fortement rétractée ; le bord inférieur de l'aile du nez en partie détruit est dentelé. Le nez, effilé par l'état cicatriciel de la peau, rappelle celui des sclérodermiques.

Enfin, en divers points de la face, de petits épithéliomas de la peau.

Le plus volumineux siège sur le nez, au niveau de l'os propre du côté gauche ; il est deux fois gros comme un pois. La peau est infiltrée et indurée, surmontée de squames épidermiques épaisses, qui ont, suivant les points, l'aspect des croûtes, ou celui de la corne. Le tiers supérieur de la petite tumeur est d'aspect inflammatoire ; sous la peau rouge et tendue au bord, il semble y avoir du pus (infection surajoutée). D'autres éléments, moins volumineux, siègent sur la bosse frontale droite, à la partie inféro-interne de la joue gauche, au-dessus du pli naso-labial. Ce dernier est au début de son évolution. C'est un petit nodule corné, gros comme une lentille, acuminé et excorié au sommet. Sur le côté droit de la tête, du nez à la partie moyenne, une plaque épidermique ovalaire, épaissie, dure, non saillante, de couleur jaunâtre. Elle mesure 5 à 6 millimètres sur 4 millimètres de large.

La peau des lèvres est également rétractée, légèrement craquelée.

La conque de l'oreille est très large, disposition qui paraît congénitale.

Les cheveux ne sont jamais tombés. On trouve au cuir chevelu, surtout dans la nuque, un peu de séborrhée pityriasique.

Le cou est semé de taches brunes; en avant, sur la ligne médiane, elles sont peu nombreuses, petites et claires, au-dessus de la saillie du larynx, la peau est presque saine. Sur les parties latérales, au contraire, les taches sont plus nombreuses et plus foncées, petites sur un fond jaunâtre. Une bande dépigmentée cicatricielle descend verticalement au-dessous du lobule de l'oreille jusque vers la base du cou; elle fait là un angle droit en arrière pour se continuer, moins nette, en travers de la partie inférieure de la nuque. Au delà de cette limite, il n'y a plus sur le thorax que quelques taches aberrantes, claires.

Le corps est presque indemne. Les extrémités inférieures et supérieures et la région sus-pubienne sont seules atteintes.

Aux mains et aux avant-bras, la face dorsale est bien plus prise que la face antérieure.

La peau est couverte de taches brunes, foncées; elle est sèche, plissée; l'épiderme et la couche papillaire sont très amincis, rappelant la peau de grenouille; par places, de très fines squames.

L'atrophie est surtout marquée au dos de la main, où l'on voit un petit épithélioma, une petite croûte brunâtre, de la grosseur d'un grain de millet.

Vers le coude, à partir du tiers moyen de l'avant-bras, la consistance de la peau est normale. Les taches sont le plus nombreuses au dos de la main et au poignet; elles vont en s'atténuant vers l'extrémité des doigts et vers le coude; de ce côté, les derniers éléments, des taches claires, s'arrêtent à trois travers de doigt au-dessous de l'articulation.

A la face antérieure, la région médiane est presque indemne. Les lésions vont en diminuant d'intensité des parties latérales vers la partie médiane. Du côté du coude, elles ne dépassent pas au milieu la partie moyenne de l'avant-bras; elles s'allongent obliquement en barbes de flèche vers les bords du membre, et la ligne qui forme leur limite supérieure contourne ainsi les bords d'avant en arrière, pour aller atteindre les plus élevées des lésions de la région dorsale. A la paume des mains, l'épiderme est épaissi; la peau de l'éminence thénar est particulièrement sèche, écailleuse, raide au toucher. Quelques rares taches jaunâtres, très pâles; les plus extrêmes siègent sur la première phalange.

Les ongles sont normaux, convexes dans les deux sens, un peu striés verticalement.

Au membre inférieur, la peau de la jambe et de la cuisse porte des taches à la face antérieure et postérieure. Elle est très sèche, l'épiderme fendillé, desquamé légèrement; ces squames sont petites, minces, transparentes, pityriasiques. La partie la plus atteinte est la jambe; de l'articulation tibio-tarsienne au genou. Au cou-de-pied, on trouve encore quelques taches jaunâtres; la moitié inférieure de la face dorsale du pied, la face plantaire et les orteils sont normaux; à la cuisse, la pigmentation est moins marquée qu'à la jambe; les taches deviennent rares au voisinage du pli de

l'aine; la consistance de la peau est normale. A la face antérieure du genou l'épaississement de l'épiderme produit par les frottements masque les lésions.

Sauf le tiers inférieur de l'avant-bras et du poignet, les lésions sont plus développées au membre inférieur qu'au membre supérieur. Il est à remarquer que l'enfant avait les jambes et les pieds nus pendant l'été. Cependant les lésions remontent aux cuisses au delà des parties découvertes.

Dans la région sus-pubienne, il y a un nouveau foyer de taches brunes, sans modifications de la peau. Elles sont plus denses au niveau du mont de Vénus et s'étalent en éventail, de plus en plus rares en allant vers la périphérie. Sur le reste du tronc, de très rares éléments pâles.

État général : Poids, 27 kilogrammes. Taille, 1 m. 35.

Longueur du sternum, 0 m. 135. Longueur du bras à partir de l'acromion, 0 m. 56. Les mains paraissent particulièrement petites, dégénérées. Longueur du médius, 8 cent. 65. Longueur du pouce, 5 centimètres. Largeur de la main au-dessus de la racine du pouce, 6 cent. 45.

Dents : L'incisive latérale droite fait défaut.

La malade n'est pas encore réglée, pas de poils aux organes génitaux, seins normalement développés.

Cœur : La pointe bat dans le sixième espace intercostal en dehors du mamelon.

Foie : Il est difficile de délimiter le bord inférieur, il semble dépasser les fausses côtes.

La sensibilité cutanée n'est pas diminuée au niveau des parties sclérodermiques de la figure, la perception de deux pointes distinctes est aussi fine que chez d'autres sujets.

Urines : Quantité en vingt-quatre heures, 1 400 gr. Densité, 1 014. Urée, 11 gr. 52 par litre. Chlorures, 9 gr. 86 par litre. Phosphates, 1 gr. 38 par litre. Acidité par litre, 0 gr. 1995.

La malade ne paraît pas très intelligente. Sa sœur a plus de vivacité. Peut-être n'est-elle pas au-dessous de ce qui est la moyenne dans son milieu et son pays.

14 février. — Ablation à la curette de l'épithélioma du nez au niveau de l'os propre du côté gauche.

19 février. — Poids, 29 kilog. 400; les taches pigmentées s'effacent sensiblement, les squames du visage ont disparu sous l'influence des pansements humides.

État des yeux. — Les sourcils ont disparu dans le tiers externe. Le bord libre de la paupière inférieure des deux côtés ne porte plus de cils. Léger ectropion provoqué par la rétraction de la peau de la paupière inférieure. Taches pigmentées, lésions atrophiques de la peau sur les paupières supérieures, dilatation vasculaire à la partie moyenne de la paupière supérieure droite.

La cornée droite présente un pannus très étendu ; on note l'existence au niveau du limbe d'un petit amas épithélial blanchâtre de 3 à 4 millimètres.

L'iris est libre d'adhérences.

La cornée gauche présente aussi une infiltration considérable avec vascularisation abondante. Photophobie très marquée.

Obs. II. — *Xeroderma pigmentosum. Lésions xérodermiques de la paupière et de la conjonctive. Tumeurs de la paupière et de la cornée. Ectropion. Ablation des néoplasmes. — Examen histologique.* (Observation recueillie par M. Apt, externe du service.) — Aimée Bl..., âgée de 15 ans.

Pas de différence entre l'histoire de la malade et celle de sa sœur. Début vers le même âge, 14 mois.

État actuel. — Taches pigmentaires et régions dépigmentées à type sclérodermique suivant la même distribution générale que chez sa sœur. Le front entre les deux crêtes temporales et la moitié sous-nasale de la face est presque uniformément pigmenté, la teinte étant plus jaune au front, plus cuivrée au menton. Les limites des taches les plus claires sont pourtant plus nettes; il y a des intervalles de peau saine. Les taches brun foncé sont plus nombreuses et plus étendues. Dans la région préauriculaire, elles sont en plusieurs points confluentes et forment des placards très irrégulièrement découpés, plus pigmentés à la périphérie qu'au centre. Les parties sclérodermiques occupent le nez sauf l'extrémité, les régions sous-orbitaires et les pommettes et enfin les tempes. En dehors de l'angle externe de l'œil gauche, large plaque brun clair au milieu de peau blanche.

Le réseau veineux des tempes, dilaté, apparaît sous la peau transparente moins visible que chez sa sœur.

Sur les joues, nombreuses télangiectasies, tantôt formant de petites taches rouge foncé un peu plus grosses qu'une tête d'épingle, entourées d'une zone plus claire, tantôt dessinant de fines arborescences à peine plus étendues.

Au niveau du pli naso-génien gauche, la rétraction est suffisante pour déterminer une déviation de la pointe du nez. Le nez, mince et effilé, rappelle celui des sclérodermiques.

La malade a souvent une sorte de tic. Elle contracte brusquement la peau du voisinage du nez et des lèvres, tantôt pour abaisser le nez et la lèvre supérieure, tantôt pour élever la lèvre inférieure. Ces mouvements sont liés aux mouvements de clignement des yeux.

Les petits épithéliomas de la peau sont nombreux à gauche; le plus volumineux siège à 3 centimètres en dehors de la commissure labiale. Il est recouvert d'une croûte épaisse, de plus de 1 centimètre carré de surface. On voit d'autres petites tumeurs à gauche à la partie moyenne du pli naso-labial, à l'angle externe de l'aile du nez; à droite au-dessous de la lèvre inférieure, sur le milieu du bord libre de la paupière supérieure, sur la tête du sourcil. Enfin au-dessus du pli naso-labial droit, à la partie inférieure de la joue, trois petits éléments au début disposés suivant une ligne verticale; ils sont durs, pointus, excoriés au sommet.

Autour du lobule du nez et des plis naso-labiaux à gauche surtout, des squames grasses dans le type des séborrhées.

Au cuir chevelu, séborrhée qui gagne les oreilles et la partie supérieure de la nuque. Les cheveux, rares au-dessus des tempes, paraissent être tombés.

Au cou, la région médiane est beaucoup moins pigmentée que les parties latérales. Au-dessus de la saillie du larynx une petite surface de 3 à 4 cen-

timètres carrés est tout à fait saine. Au contraire sur les parties latérales, taches brun foncé, petites, si denses qu'elles sont presque confluentes. Dans la nuque elles sont beaucoup plus clairsemées et paraissent séparées par de la peau dépigmentée. De plus, squames très fines qui se continuent avec le pityriasis du cuir chevelu.

Les troubles de la pigmentation s'étendent à la base du cou jusqu'aux limites des parties couvertes par les vêtements. Quelques taches claires, jaunes, sont parsemées sur la région thoracique supérieure.

Les membres supérieurs et inférieurs sont moins pris que ceux de sa sœur. Au membre supérieur le maximum des lésions siège également à la face dorsale, au poignet et sur la moitié supérieure du dos de la main. La peau y est sèche, mince, craquelée rappelant la peau de grenouille avec des squames très fines. Elle est couverte de taches brunes à l'avant-bras, les taches vont en diminuant vers l'articulation et ne dépassent pas le milieu de l'avant-bras. A la face antérieure de l'avant-bras, la peau est saine; on n'y voit que quelques rares taches. Elles sont aussi peu nombreuses et plus brunes à la paume de la main. Au dos de la main gauche, vers le tiers inférieur du 2e métacarpien, petite télangiectasie punctiforme. A la main droite, élément semblable au milieu du 3e espace interosseux.

Les jambes et les cuisses sont moins atteintes.

La peau n'est sèche qu'aux jambes. Les taches sont claires, peu nombreuses, le fond n'est pas pigmenté. Différence notable avec sa sœur. Autour du mont de Vénus, petit foyer de taches brunâtres. En avant de l'aisselle droite, petit foyer de sept à huit taches.

État général. — Type infantile. Poids, 25 kilogrammes. Taille, $1^m,33$. Longueur du bras, $0^m,55$; du sternum, $0^m,12$; du médius, $0^m,08$; du pouce, $0^m,05$.

Les poils sont très rares aux organes génitaux; la malade n'est pas réglée.

20 janvier. — Bronchite.

30 janvier. — Le nez est couvert de lamelles épidermiques d'aspet corné, épaisses et qui se détachent facilement; au-dessous la peau est blanche, mince, atrophiée.

19 février. — Poids, 23 kilogrammes, amaigrissement très appréciable Râles diffus de bronchite.

10 mars. — Fièvre, anorexie, vomissements persistent, légère submatité au sommet droit.

On émet l'hypothèse d'un début de bacillose.

Urines : Densité 1 020, urée $14^{gr},09$ par litre.

Chlorures : $10^{gr},44$ par litre.

Phosphates : $0^{gr},09$.

Ni sucre ni albumine.

État des yeux. — Comme sa sœur, la petite malade présente de la photophobie et du larmoiement. Au niveau de la tête du sourcil droit, il existe une masse épithéliomateuse du volume d'un petit haricot, une autre masse existe dans l'épaisseur de la paupière supérieure proéminant au niveau du bord palpébral et de la face conjonctivale.

La paupière inférieure est ectropionnée.

Le bord palpébral en est très altéré, les cils ont complètement disparu, il existe un petit bourgeonnement épithélial à la partie interne, au voisinage du point lacrymal inférieur.

Il existe de nombreuses adhérences entre la conjonctive palpébrale et bulbaire et les mouvements de l'œil sont assez limités.

La cornée droite présente à sa surface une tumeur à contours irréguliers de la dimension d'une lentille et de couleur blanchâtre.

Sur l'œil gauche nous retrouvons des altérations analogues. Le symblépharon est encore plus accentué de ce côté.

Des deux côtés l'iris est sain et réagit aux instillations d'atropine.

Le 14 janvier 1902, nous procédons sous chloroforme à l'ablation des tumeurs de la paupière et de la cornée.

Les suites opératoires furent bonnes. Malgré le peu d'élasticité de la peau l'occlusion de l'œil s'effectue d'une façon suffisante.

La cornée, au bout de quelque temps, ne présente plus qu'un léger trouble au niveau du point où se trouvait la prolifération épithéliale.

Examen histologique. — L'examen histologique que nous avons pratiqué nous a donné les résultats suivants :

Tumeur de la paupière :

Épithélioma lobulé. Quelques globes épidermiques peu nombreux. Les boyaux épithéliaux présentent un aspect tout particulier. Sur leur pourtour, il existe une seule rangée de cellules allongées dont le grand axe est perpendiculaire à l'axe du boyau; ces cellules prennent la coloration plus fortement que les autres et donnent ainsi au lobule coupé perpendiculairement un aspect dentelé.

Tumeur de la cornée :

Abondante prolifération de l'épithélium antérieur de la cornée; disposition irrégulière des cellules. Dans la partie la plus superficielle, il existe une infiltration considérable de cellules migratrices. Les cellules les plus superficielles présentent un degré avancé de kératinisation. Nombreux grains d'éléidine.

Dans le plus grand nombre des observations de xeroderma pigmentosum on trouve signalées des altérations de la région oculaire.

C'est ainsi que Arnozan (1) rapporte l'observation d'un enfant présentant des taches pigmentaires sur les paupières et du pannus de la cornée, le frère du petit malade avait également des lésions du côté des yeux.

Le frère aîné du petit malade avait été atteint du même mal à l'âge de 14 mois, les yeux finirent par être envahis et l'enfant succomba.

Albert... fut atteint à 14 mois d'une inflammation aux yeux, puis apparurent insensiblement les taches et les autres manifestations.

État actuel (mars-avril 1888). — Photophobie intense.

Les paupières inférieures sont parsemées de taches pigmentaires et

(1) Arnozan. Un cas de xeroderma pigmentosum. *Annales de Dermatologie*, juin 1888, p. 366.

présentent un épaississement surtout marqué au niveau du bord libre sans qu'il y ait cependant tendance à l'ectropion. Les cils sont tombés, presque tous ceux qui restent sont divergents (districhiasis). La face muqueuse est rouge et tomenteuse. Du côté gauche la fente palpébrale est rétrécie par un commencement d'adhérence entre les deux paupières au niveau de l'angle externe de l'œil. On n'aperçoit de taches pigmentaires sur aucun point de la conjonctive. Quant aux globes eux-mêmes, ils sont également altérés. Le gauche, à part quelques arborisations vasculaires, a conservé son aspect normal et peut être sans difficultés exposé à la lumière. Le droit est très rouge, la cornée commence même à se vasculariser et présente une assez large taie à la partie interne et inférieure. Le petit malade, que sa photophobie oblige à baisser la tête et les yeux pour les soustraire à l'action de la lumière, offre par ce fait une attitude sournoise assez particulière.

Archambault (1) signale deux observations, où il se présenta au cours du xeroderma pigmentosum des néoformations malignes du côté des paupières.

Observation, *résumée.* — René P..., 2 ans 1/2... En novembre 1889 apparut à l'angle externe de l'œil droit un bouton qui sembla tout d'abord grossir plus rapidement que les autres, sa surface était sèche, cornée, son volume était celui d'un pois.

En décembre il avait déjà la grosseur d'une noix : au commencement de janvier, il avait encore gagné en volume; mais ses caractères avaient changé; il était moins dur, comme un peu ramolli et de son point culminant s'écoulait par un orifice étroit une petite quantité de liquide clair. Vers la fin de janvier, cette tumeur s'étant probablement ramollie davantage, un médecin crut devoir l'ouvrir; il en sortit une petite quantité de liquide formé de pus et du sang mélangés, celui-ci semblant plus abondant que le premier. A partir de ce moment, la tumeur prit un autre aspect : elle s'étala peu à peu avec de gros bourgeons saignants sécrétant un liquide séro-purulent.

L'œil droit, au premier abord, semble recouvert et envahi par la tumeur qui occupe son angle externe; à un examen plus attentif, on voit que l'œil est parfaitement libre, exempt de toute lésion; les conjonctives sont rouges, sécrètent un peu de pus, la commissure des paupières seule, surtout sur la paupière supérieure, est envahie par la tumeur voisine.

Le Dr Réchaud pratique l'ablation de la tumeur avec autoplastie. La plaie opératoire se réunit dans de bonnes conditions, la paupière supérieure fut parfaitement restaurée. L'appétit revint et le petit malade retrouva son embonpoint et une partie de sa gaîté habituelle. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma à nombreux globes épidermiques avec stroma très pauvre.

Le frère de René P... avait eu à l'âge de 7 mois de petites taches rouges sur les ailes du nez et autour des paupières. L'évolution de l'affection avait

(1) Archambault. De la dermatose de Kaposi (xeroderma pigmentosum). *Thèse*, Bordeaux, 1890.

duré 4 années pendant lesquelles l'état général se maintenait très satisfaisant. Au bout de ce temps, une des petites verrues occupant l'angle externe de l'œil s'ulcéra, devint fongueuse, saignant facilement. Le D[r] Boissarie l'enleva. L'enfant succomba deux jours après l'opération.

Nous trouvons deux observations de Lukasiewicz (1) où il note la chute des cils, de l'ectropion et la présence des tumeurs des paupières et d'une tumeur épibulbaire.

Son premier cas concerne un enfant de 3 ans 1/2 qui présentait de la chute des cils et de l'ectropion de la paupière inférieure droite.

L'œil gauche est invisible, caché qu'il est par un néoplasme développé aux dépens des deux paupières. Cette tumeur commence à l'angle interne, atteint le dos du nez et s'étend à toute la paupière inférieure ; à la paupière supérieure, elle atteint le tiers externe.

C'est une tumeur sessile de couleur gris ardoisé. En son milieu, elle est de constitution verruqueuse avec sécrétion sainieuse ; sur les côtés elle est recouverte par des squames sanglantes. La tumeur tire son origine de l'angle interne et empiète sur le pli semi-lunaire.

Le bulbe semble mobile. Après avoir écarté les paupières, on voit la conjonctive oculaire très injectée. Dans le secteur cornéen inférieur on trouve un ulcère de la grosseur d'un grain de mil.

Dans le deuxième cas il existait un carcinome sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit chez une jeune fille de 25 ans, atteinte de xeroderma pigmentosum.

L'existence de tumeurs des paupières dans le xeroderma pigmentosum est encore signalée par West (Dermatological Society of London, 8 janvier 1896) et par Lesser (2). Ce dernier cite le cas d'une fillette de 4 ans, qui présentait à la paupière inférieure gauche une tumeur allongée. La consistance était dure. La conjonctive palpébrale était très rouge. La conjonctive bulbaire et la cornée normales.

Le même auteur signale la présence de proliférations d'aspect blanc jaunâtre sur la conjonctive sclérale au voisinage de la cornée chez un homme de 23 ans, atteint de xeroderma pigmentosum.

La présence de tumeur des paupières est encore signalée par Graf (3).

Il s'agissait d'un garçon de 17 ans chez qui la paupière supérieure droite était épaissie et l'inférieure transformée en une tumeur de 3 centimètres de long sur 4 centimètres de large. Des plaques brun jaunâtre couvraient la tumeur dans toute son étendue, l'œil ne pouvait plus s'ouvrir.

(1) Lukasiewicz. Ueber xeroderma pigmentosum. *Archiv f. Dermatologie*, 1895, t. XXXIII, p. 37.

(2) Lesser. *Charité Annalen*, 1898, p. 793.

(3) Graf. *Archiv f. klin. Chirurgie*, 1897, t. 55

Les écarteurs permettent de constater un trouble cornéen très étendu. La paupière supérieure gauche est un peu épaissie ; la paupière inférieure gauche est envahie, elle aussi, par une tumeur.

Wesolowski (1) dans deux observations note l'existence de taches pigmentées sur les paupières et la présence d'une tumeur pigmentée de la paupière.

Dans la première observation il rapporte le cas d'un garçon de 5 ans présentant au milieu de la paupière inférieure gauche une tumeur pigmentée de la grosseur d'une prune, et, en dehors et au-dessous de la commissure palpébrale, une tumeur sans pigment et plus petite.

Dans l'autre cas, il note du catarrhe conjonctival, de la photophobie et des taches de pigment sur les paupières.

Les tumeurs épibulbaires au cours du xeroderma pigmentosum, sont signalées fréquemment, notamment par Lamborelle (2) chez un enfant de 9 mois, par Mendes da Costa (3).

Ce dernier rapporte le cas d'un paysan âgé de 21 ans chez qui, 9 ans auparavant, des tumeurs verruqueuses étaient apparues sur les paupières. Le globe oculaire droit présentait une tumeur de la dimension d'une pièce de 50 centimes, atteignant le bord de la cornée, de coloration bleuâtre, provoquant des douleurs violentes dans la moitié droite du visage et de la tête. Cette tumeur fut enlevée à la curette, puis comme les douleurs dans la face et la tête persistaient, on pratiqua l'énucléation de l'œil.

C'est encore une tumeur épibulbaire dont Kaelin Benziger (4) donne l'observation :

Il s'agissait d'une fillette de 14 ans dont l'œil droit était le siège d'une tumeur empêchant l'occlusion palpébrale et limitant les mouvements du globe. Cette tumeur, du volume d'une noisette, était de couleur rouge sombre, mamelonnée. Elle saignait facilement. Elle était pédiculée sur la conjonctive et la sclérotique. En soulevant la tumeur, on apercevait la pupille normale et réagissant à la lumière.

Nombreuses taches pigmentées sur le visage. Peau sèche. Ces pigmentations seraient survenues, au dire de sa mère, depuis l'âge de 4 ans. L'énucléation fut pratiquée sous chloroforme. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un mélanosarcome riche en cellules dont l'origine est le tissu sous-conjonctival. Ce néoplasme a pénétré entre l'épithélium et la membrane de Bowman et tend à gagner la membrane de Descemet.

(1) Wesolowski. Beitrag sur pathologischen Anatomie des Xeroderma pigmentosum. *Centralblatt f. allgem. Path.*, 1899, t. 10, p. 990.

(2) Lamborelle. *Centralblatt f. Augenheilk.*, 1897.

(3) Mendes da Costa. Xeroderma pigmentosum. *Nederlandsch Tijdschrift woor-Geneukesnde*, 1899, t. 1, p. 984.

(4) Kaelin Benziger u. Heuss. Melanosarkom der Cornea. Scleral-grenzebei Xeroderma pigmentosum. *Paracelsus*, Zurich, 1897, p. 59.

Comme la malade présentait une augmentation des taches pigmentées de la face, Kaëlin Beresiger le soumet à l'examen du D[r] Heuss, qui en présence des pigmentations lenticulaires, de l'atrophie cutanée, avec leur localisation spéciale conclut à la maladie de Kaposi.

Au printemps suivant elle présente une petite tumeur nodulaire sur le limbe de l'œil gauche qui ne fut pas suivie de récidive. L'examen microscopique montra un épaississement considérable de l'épithélium, une infiltration par de petites cellules du tissu conjonctif sous-jacent, aucune traînée cellulaire dans la profondeur.

Lassar (1) cite aussi le cas d'un homme atteint de xeroderma dont l'œil droit était entièrement recouvert par une tumeur.

Enfin Greef (2), étudiant les altérations oculaires dans le xeroderma pigmentosum, rapporte deux observations dans lesquelles on note une tumeur épibulbaire avec examen histologique, et des télangiectasies de la conjonctive.

Obs. I. — Albert R..., 6 ans (26 février 1899).

Le début de la maladie, pigmentation de la peau du visage et des mains, fut observé pour la première fois, il y a 1 an 1/2.

Depuis le nouvel an, apparition d'une tumeur au niveau de l'angle interne de l'œil droit; depuis le milieu de février, la tumeur a son volume actuel.

Sur la conjonctive palpébrale gauche se trouvent quelques gros follicules isolés. En outre, il existe une rougeur généralisée, un gonflement de la conjonctive palpébrale et bulbaire et une sécrétion modérée; sur le bord externe de la cornée on trouve une petite télangiectasie.

La fente palpébrale droite est presque entièrement comblée par une tumeur grosse comme une noix, de consistance ferme, mobile en même temps que le globe oculaire. La tumeur s'étend sur la conjonctive sclérale et recouvre une portion de la cornée. On ne peut passer une sonde entre elle et le bulbe. Elle ne s'étend en aucun point sur la conjonctive palpébrale. En dehors il reste une portion de cornée légèrement trouble permettant cependant d'apercevoir la pupille étroite.

Le 3 mars 1899, Greef procède à l'énucléation du globe.

Obs. II. — Paul P..., frère du précédent (3 mars 1899).

Début de la maladie il y a 1 an 1/2.

Ce petit malade présente, outre les manifestations cutanées ordinaires, une perte complète des cils aux deux yeux, de la conjonctivite et de la blépharite chroniques avec abondante sécrétion muqueuse.

On note des télangiectasies sur la conjonctive sclérale; à gauche, il existe une tache de pigment; à droite, trouble cornéen au niveau de la partie inféro-interne.

Greef donne une description anatomique détaillée de l'œil énucléé. Nous en rapporterons ici les points principaux. La tumeur présente son maxi-

(1) Lassar. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1900, n° 33.
(2) Greef. *Archiv f. Augenheilk.*, 1901, p. 99.

mum d'épaisseur sur la sclérotique, s'amincissant au niveau du limbe et de la cornée quelle recouvre en grande partie. La structure est celle d'un carcinome typique. L'épithélium cornéen se continue en formant presque un angle droit avec celui qui recouvre la tumeur. L'épithélium est fortement épaissi. La membrane de Bowman est restée adhérente à l'épithélium à la surface de la tumeur et est traversée par les bourgeons épithéliaux. La tumeur avait perforé la chambre antérieure. Dans la partie saine de la cornée Greef note des lésions d'œdème.

Les paupières, la conjonctive palpébrale et bulbaire, la cornée constituent une région de prédilection pour les lésions du xeroderma pigmentosum.

Presque constamment on retrouve sur les paupières les lésions xérodermiques à des stades divers :

Taches rouges, taches pigmentées, lésions atrophiques de la peau.

Les tumeurs s'y développent aussi avec une fréquence remarquable. Les sourcils et les cils participent au processus morbide, leur chute partielle ou totale en est la conséquence.

Le mécanisme des altérations de la conjonctive et de la cornée peut avoir une double origine :

Tantôt il s'agit de lésions d'ordre banal, dues à l'insuffisance de protection des paupières, résultant de la rétraction atrophique de la peau, l'ectropion, le districhiasis.

On observe alors le larmoiement, la photophobie, les ulcérations cornéennes.

Tantôt, il s'agit de lésions d'origine xérodermique. La conjonctive peut être en effet le siège de taches pigmentées, de télangiectasies, de productions néoplasiques.

Un symblépharon total ou partiel peut être la conséquence des altérations de la conjonctive.

Les désordres fonctionnels engendrés par ces altérations sont, on le comprend, variables.

Les troubles oculaires plus encore que les altérations cutanées appellent l'attention du malade ou de sa famille, c'est pour eux qu'ils réclament un soulagement.

D'une façon générale les membranes profondes de l'œil ne participent point au processus. Elschning (1) cependant a signalé une atrophie partielle de l'iris en foyer chez une femme de 39 ans atteinte de xeroderma.

De même que pour l'étiologie du xeroderma pigmentosum, la cause de cette plus grande fréquence au niveau de la région oculaire nous échappe.

(1) Elschning. Srisveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. *Beiträge z. Dermat. und. Syph., Festschrift J. Neumann.* Vienne, 1900, p. 146.

Les altérations oculaires peuvent se montrer à toutes les périodes de l'affection. Tantôt elles marquent le début de la maladie, tantôt elles évoluent dans son stade ultime.

En présence d'une tumeur des paupières, de la conjonctive, du limbe scléro-cornéen survenant chez un individu jeune on devra rechercher avec soin les stigmates du xeroderma pigmentosum.

Nous sommes convaincu que bien des cas ont pu passer inaperçus parce que l'ophtalmologiste n'est pas suffisamment mis en garde contre l'existence de cette affection.

Pour peu qu'on y songe, le diagnostic est facile; il se basera sur la présence des taches rouges et pigmentées sur les parties découvertes, sur les lésions atrophiques de la peau, la présence de télangiectasies, la coexistence des néoformations épithéliales.

La marche des altérations oculaires est variable. Le pronostic, en dehors de la gravité spéciale du xeroderma pigmentosum, dépend en grande partie des altérations oculaires. Il est surtout lié au développement des tumeurs malignes.

L'abaissement de l'acuité visuelle, la cécite en sont souvent les conséquences.

Dans les stades ultimes, c'est souvent une néoplasie oculaire qui devient le point de départ de la généralisation qui entraîne la mort du patient.

Le traitement sera le plus souvent symptomatique. On surveillera avec grand soin l'état des yeux chez les malades atteints de xeroderma pigmentosum, on s'efforcera de prévenir la constitution de brides cicatricielles, de symblépharon, on interviendra contre l'ectropion, on traitera les altérations cornéennes.

En présence d'une néoplasie de la paupière, de la conjonctive ou de la cornée, on n'hésitera pas à intervenir chirurgicalement.

Une extirpation hâtive et totale peut seule permettre d'espérer la guérison complète.

S'il existe une tumeur épibulbaire, il faut se garder de recourir d'emblée à une énucléation du globe.

M. le professeur Panas (1) a bien montré que dans les tumeurs épibulbaires, on pouvait souvent éviter le sacrifice du globe oculaire. L'ablation de la tumeur, la cautérisation du point d'implantation suffisent le plus souvent.

Par cette rapide étude, on voit tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des altérations oculaires dans le xeroderma pigmentosum.

(1) PANAS. *Traité d'ophtalmologie* et *Archives d'ophtalmologie*, 1902.

SUR UN CAS D'HÉMATO-LYMPHANGIOME KYSTIQUE SUPERFICIEL DÉVELOPPÉ SUR LA CICATRICE RÉSULTANT DE L'EXTIRPATION D'UN LYMPHANGIOME CAVERNEUX SOUS-CUTANÉ.

Par le professeur **U. Mantegazza**,
Directeur de la Clinique dermosyphilopathique de l'Université de Cagliari.

(*Planche I.*)

Quoique, dans ces dernières années, la littérature dermatologique se soit enrichie de quelques cas de lymphangiome, je ne crois pas superflu, puisqu'il s'agit d'une maladie très rare, de publier un cas que j'ai eu l'occasion d'observer à l'automne dernier à l'hôpital de S. Maria Nuova, à Florence.

Louise P..., âgée de 11 ans, originaire d'Antella, vient se faire examiner en juillet 1900 pour une affection cutanée occupant la région scapulaire droite. On trouve en cette région des saillies d'aspect vésiculeux, variant du volume d'un grain de millet et même moins à celui d'une tête d'épingle. Leur forme est arrondie ou légèrement aplatie, sans aucune dépression ou ombilication. Leur consistance est élastique, si résistante que, si on les presse avec le doigt, on ne peut en faire sortir le liquide que cependant elles renferment évidemment. La couleur, qui est donnée par le contenu, est très variable; quelques saillies sont parfaitement incolores, d'autres présentent une teinte jaune paille, d'autres encore ont une couleur variable suivant les points: une moitié environ de la saillie a une coloration brun foncé analogue à celle du sang récemment extravasé, tandis que l'autre moitié offre une couleur blanc jaunâtre. Autour de la petite cavité qui doit être assez superficielle, à en juger par la minceur de son revêtement externe, il n'y a ni rougeur ni infiltration inflammatoire.

Il importe de remarquer le mode de distribution des saillies sur la surface cutanée. Certaines sont isolées ou réunies de façon à former des groupes de 3, 4 éléments et plus, représentant des petites grappes dans lesquelles on reconnait très bien les saillies élémentaires. Mais la particularité la plus intéressante consiste dans ce fait que la plus grande partie des saillies vésiculeuses sont disposées au niveau ou auprès de 3 lignes dont 2 sont parallèles, dirigées de dedans en dehors, mesurent 4 à 5 centimètres de longueur, et sont réunies par une 3e qui va de la partie moyenne de l'une à la partie moyenne de l'autre. Ces lignes suivent le trajet d'une cicatrice saillante, en forme de cordon semblable à une grosse ficelle, dur, rond, de couleur rosé clair. Cette cicatrice est en grande partie recouverte par les grappes que je viens de décrire.

Le segment le plus externe de la ligne supérieure présente des caractères un peu différents qui méritent d'être relevés. A ce niveau, la cicatrice n'est pas ronde, mais plate, légèrement saillante, blanchâtre avec une surface rugueuse, sur laquelle, à côté de petites vésicules à peine visibles, se trouvent de très petites saillies qui donnent à la petite tache un aspect verruciforme.

Si, avec une lancette, on incise la paroi des petites cavités, quelques-unes donnent issue à un liquide transparent, séreux, d'autres à un liquide plus épais, blanchâtre, trouble, dans lequel on ne trouve à l'examen microscopique que quelques rares lymphocytes. Si on rompt les cavités de coloration brune, il ne s'en écoule pas de sang comme on pourrait tout d'abord s'y attendre ; c'est seulement lorsque la lancette arrive sur le fond de la cavité qu'on voit venir une goutte de sang pur qui sort tout à coup.

Je dois encore signaler une autre particularité. En dedans de la région occupée par la lésion cutanée, vers le bord interne de l'omoplate, on sent à la palpation, plutôt qu'on ne le voit, un nodule du volume d'une noix, oblong, en apparence sous-cutané, à surface un peu irrégulière, de consistance souple, parenchymateuse, complètement indolore, se déplaçant en partie sur les tissus profonds, se réduisant par la pression.

La malade n'éprouve aucun prurit et ne présente rien d'anormal sur les autres régions de la peau et du côté des viscères. Elle ne paraît pas très robuste, mais jouit d'une bonne santé et n'accuse aucun trouble fonctionnel.

En interrogeant la mère de la petite malade, on apprend que dans les premiers mois de son existence, cette enfant a déjà présenté, à la région scapulaire où siègent actuellement les lésions cutanées, deux saillies du volume d'une noisette, recouvertes de peau saine ; au bout de 2 mois, ces saillies ont augmenté de volume et avaient atteint, lorsque l'enfant eut 16 mois, la dimension d'une grosse noix. La mère, s'inquiétant de cette lésion, porta l'enfant à la Clinique de chirurgie infantile de l'Institut supérieur où le professeur Baiardi diagnostiqua un lymphangiome (ainsi qu'il me le confirma plus tard) et en pratiqua l'extirpation au moyen de 3 incisions, deux transversales et une longitudinale, en relevant en 2 lambeaux la peau qui recouvrait la tumeur. La cicatrisation se fit rapidement par première intention. Les années suivantes, on vit se développer sur la cicatrice et en dehors d'elle les petites saillies d'apparence vésiculeuse qui augmentèrent très lentement de nombre jusqu'à ce qu'elles aient atteint les dimensions actuelles.

Sur la tumeur qui persiste au niveau du bord de l'omoplate, la mère de l'enfant n'a pas pu donner de renseignements méritant d'être pris en considération, elle n'a pas pu non plus dire si elle avait débuté avant ou après l'opération.

Le diagnostic était relativement facile. L'absence de tout caractère inflammatoire et la durée de la lésion cutanée nous firent rejeter sans hésitation l'idée d'une éruption véritable au sens morphologique du mot. Pour ce motif, nous devions déjà éliminer toutes les affections cutanées représentées par des éléments éruptifs à type vésiculeux. D'autre part, en tenant compte de l'existence des petites cavités vésiculiformes superficielles, de leur contenu séreux ou jaunâtre présentant les caractères de la lymphe, de leur consistance ferme et de l'impossibilité de les réduire par la pression, nous devions de suite penser à de petits kystes qui, en raison de leurs caractères, rappelaient ceux du lymphangiome kystique circonscrit superficiel.

Et il n'était pas difficile de rejeter la lymphangiectasie parce que celle-ci, comme on le sait, s'accompagne souvent de lésions érysipéloïdes ou d'un état éléphantiasique de la peau qui, dans notre cas, manquait complètement. De plus, on sait que dans la lymphangiectasie il se produit ordinairement une lymphorrhagie qui est quelquefois très accusée, dès que l'on incise une vésicule superficielle, tandis que dans les lymphangiomes il n'y a pas de lymphorrhagie, à moins que la tumeur superficielle ne repose sur un lymphangiome caverneux profond comme cela s'observait dans un des cas de Schmidt.

Une fois le diagnostic de lymphangiome établi, il restait à interpréter les petites cavités à contenu mixte, incolore et rouge-sang. Devions-nous penser qu'il s'était produit de petites hémorrhagies punctiformes dans les cavités primitivement séreuses du lymphangiome, ou qu'il existait des angiomes des vaisseaux sanguins en même temps que des angiomes des vaisseaux lymphatiques?

Déjà, en nous basant uniquement sur les caractères cliniques, nous étions amené à admettre la deuxième hypothèse : en fait, la présence du sang dans des vaisseaux *indépendants de la cavité séreuse* pouvait seule faire comprendre comment une moitié de la cavité paraissait rouge et l'autre incolore. L'observation ultérieure de la malade montra bien que nous étions dans le vrai, car nous pûmes constater que la coloration de ces cavités à contenu mixte en apparence ne se modifiait pas, ce qui serait sans aucun doute arrivé s'il s'était agi de sang extravasé.

Nous devions encore discuter la question de savoir si le nodule profond, qu'on sentait à la palpation sur le bord de l'omoplate, était ou non en rapport avec l'hémato-lymphangiome ; pour cela, nous eûmes recours à la littérature médicale; elle nous apprit que, en outre des formes superficielles du lymphangiome, il en est qui siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané où elles revêtent le caractère des nodules plus ou moins volumineux, constitués par du tissu caverneux. Et, dans notre cas, la consistance pâteuse, les limites peu nettes, la réductibilité de la tumeur, son indolence, son développement dans les premiers mois de la vie extra-utérine, conduisaient facilement à l'idée qu'il devait s'agir d'un lymphangiome caverneux sous-cutané.

Pour l'étude histologique, on excisa une lésion mixte superficielle située en dehors de la cicatrice et un fragment de celle-ci avec une vésicule de lymphangiome. Les petits fragments furent fixés dans l'alcool, le sublimé et le liquide de Flemming. Pour la coloration, nous nous sommes servi des substances le plus ordinairement employées pour détermination des divers éléments normaux et pathologiques de la peau (picrocarmin, hématoxyline, bleu de méthylène de Unna, éosine, orangé, méthode de Unna-Taenzer pour les fibres élastiques, méthode de v. Gieson, de Weigert pour la fibrine, etc.).

Nous rapportons tout d'abord les résultats obtenus par l'examen microscopique des vésicules isolées. A la périphérie de la cavité principale, où macroscopiquement on ne voit aucune altération, nous notons déjà de petites cavités qui se sont developpées soit dans la couche papillaire, soit au-dessous de celle-ci.

Au-dessous de la couche papillaire, ces cavités se présentent sous la forme de canaux tubulaires à extrémité effilée, de calibre variable avec des dilatations et des rétrécissements ; dans les papilles au contraire, les cavités ont un aspect ampullaire, arrondi ou ovalaire, s'étendent non seulement vers la base des papilles, mais encore vers leur partie centrale et leur sommet. Ces cavités, qui semblent ne pas communiquer entre elles, sont toutes tapissées par un endothélium à cellules allongées, dont le protoplasma homogène se colore peu ou point et qui sont pourvues d'un noyau plutôt volumineux, allongé, ovale, renfermant de nombreuses granulations de chromatine. Autour de ces petites cavités, les lésions sont très peu prononcées : tout au plus voit-on les cellules conjonctives un peu plus rapprochées par le fait de la compression. Il n'y a pas d'infiltration cellulaire véritable comme d'autres auteurs en ont observé.

Par suite du développement des cavités dans les papilles, celles-ci se déforment, s'élargissent à leur centre, tandis que les cônes interpapillaires, par suite de la pression qu'ils subissent latéralement et peut-être par suite du plus grand développement des éléments qui les composent, s'allongent et la base des papilles tend à se rétrécir. Dans les points où les cavités ont déjà atteint un volume notable, les papilles deviennent presque piriformes, leur extrémité large étant tournée vers la surface libre de la peau et leur extrémité la plus étroite vers le derme. Dans ce cas, on voit déjà que l'épiderme ressent les effets de la pression de bas en haut, car les cellules du réseau de Malpighi commencent à s'allonger dans le sens horizontal et les espaces interciliaires se réduisent ; quelques-uns de ces espaces sont remplis de lymphe et quelques leucocytes migrateurs s'introduisent dans les espaces interciliaires.

En examinant le centre de la lésion, on voit aussitôt que la saillie de la peau est produite par une grande cavité subdivisée en un grand nombre de compartiments limités par des travées minces, qui partent de la surface interne de la cavité elle-même.

A un degré plus ou moins prononcé suivant les points, ces travées, qui sont formées de faisceaux de tissu conjonctif avec de minces noyaux cellulaires, s'usent et se terminent par une extrémité libre, pointue ou arrondie. La voûte de la coupole est formée par l'épiderme très aminci et réduit à 2 ou 3 couches de cellules parmi lesquelles quelques-unes seulement ont les caractères des cellules de la couche granuleuse. La couche cornée est toujours conservée sous

forme de lame mince ou en quelques points plus épaisse qu'à l'état normal. Parfois, toutes les couches épidermiques ont disparu et il ne reste plus que le revêtement corné tapissé de cellules endothéliales très allongées. Sur les côtés, non seulement l'épiderme devient plus épais et reprend presque ses caractères normaux, mais en dedans de lui, à la limite des cavités, reparaît une mince bande conjonctive, qui augmente peu à peu d'épaisseur à mesure qu'on atteint le fond de la cavité.

Le contenu des cavités est variable. Les plus petites sont complètement vides ou contiennent à peine une petite quantité de détritus. Les plus grandes sont remplies d'une substance amorphe, granuleuse, se colorant uniformément en jaune très pâle par l'orangé, en rouge clair par l'éosine et ne se colorant pas par les colorants nucléaires. On ne voit que de très rares leucocytes mélangés à la substance granuleuse.

Sur quelques coupes, les lésions sont un peu différentes. Au fond de la grande cavité, des vaisseaux sanguins dilatés et communiquant par un large orifice avec la cavité kystique donnent issue à une grande quantité de globules rouges qui se colorent très bien en jaune par l'orangé. Seulement, ceux qui sont le plus éloignés du vaisseau sanguin sont pâles et commencent à perdre leur contour net et à se désagréger. Les globules rouges n'arrivent pas dans les parties les plus élevées de la cavité, au voisinage de l'épiderme. Sur les coupes où on constate la présence de globules sanguins, on peut en outre, par la méthode de Weigert, mettre en évidence la fibrine non seulement sous la forme de filaments comme cela se voit normalement, mais encore sous la forme de granulations ou de mycélium adhérents aux parois ou réunis dans les points où les globules rouges sont détruits. Il n'y a aucune trace de substance hyaline (méthode de v. Gieson).

Les faisceaux conjonctifs qui entourent les cavités sont condensés et comprimés et riches en cellules fixes. Quelques-uns sont granuleux et mal colorés. Les fibres élastiques, étudiées par la méthode de Unna-Taenzer, sont également altérées. Dans les papilles, qui sont le siège des cavités à leur période de début, elles sont plus rares et rompues. A la périphérie de la grande cavité, les fibres élastiques ou bien manquent complètement ou bien sont représentées par un petit nombre de filaments minces et clairs.

Les vaisseaux sanguins sont très modifiés dans leur aspect. Déjà, on voit que dans la couche sous-papillaire leur nombre est supérieur à la normale ; certains d'entre eux sont très dilatés et tortueux, à parois minces et tapissés par un endothélium normal ; le plus grand nombre sont en contact immédiat avec le fond de la cavité, dont ils sont séparés par une mince cloison conjonctive. En raison de ces rapports intimes il a pu facilement arriver qu'un traumatisme même léger suffît à mettre les vaisseaux sanguins en communication avec la ca-

vité kystique. En fait, il a dû en être ainsi dans notre cas où les manipulations nécessitées par la biopsie ont déterminé la rupture d'un capillaire dilaté et l'épanchement de sang dans la cavité kystique.

Il y a une grande quantité de pigment dans l'épiderme et dans le derme. Il s'y trouve, sous la forme de grosses granulations de couleur jaune rouille, dans le protoplasma des cellules de forme irrégulière qui occupent la couche sous-papillaire et même dans les papilles échelonnées le long des capillaires. Il y en a également sous forme d'amas libres entre les éléments cellulaires et les fibres conjonctives. Dans l'épiderme, il se réunit comme d'habitude dans le protoplasma des cellules basales et s'insinue en quantité toujours décroissante jusque dans quelques cellules du réticulum.

Les modifications qui existent au niveau des cicatrices méritent d'être rapportées. Les cavités sont identiques à celles déjà décrites, irrégulières de forme, situées superficiellement et revêtues par l'endothélium à leur face interne ; elles se différencient des autres en ce qu'elles ont plutôt tendance à rester isolées qu'à devenir confluentes. L'épiderme qui les recouvre est mieux conservé et n'est pas réduit à la couche cornée seule comme sur les lésions développées en dehors des cicatrices. Autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques, on voit des infiltrations cellulaires constituées par des cellules conjonctives hyperplasiées, par quelques cellules plasmatiques et par un petit nombre de lymphocytes. De plus, nous devons noter la présence de nombreuses mastzellen, non seulement autour des vaisseaux, mais encore disséminées dans toute l'épaisseur du tissu conjonctif de la cicatrice. Immédiatement au-dessous de la cavité, apparaît la cicatrice formée de faisceaux conjonctifs compacts, dirigés transversalement, entassés les uns sur les autres et parcourus par de nombreux vaisseaux dont quelques-uns sont oblitérés et réduits à de simples cordons ramifiés, également dirigés transversalement dans la cicatrice. Les fibres élastiques sont rares, grosses, mélangées aux faisceaux conjonctifs et suivent à peu près la même direction. Naturellement, on ne trouve dans la cicatrice aucune trace de follicules glandulaires. Les vaisseaux sanguins superficiels se comportent au niveau de la cicatrice comme dans les autres points : ceux qui sont en contact immédiat avec les cavités sont très dilatés, tortueux et quelques-uns d'entre eux communiquent, à travers leur paroi partiellement rompue, avec la cavité dans laquelle les globules rouges ont pénétré en grand nombre.

*
* *

Comme nous l'avons vu, l'examen microscopique a confirmé pleinement le diagnostic clinique de lymphangiome. En fait, les caractères des cavités que nous avons vues d'abord isolées, puis

confluentes, tapissées d'endothélium, avec une infiltration peu prononcée ou abondante de petites cellules, cavités situées dans la couche papillaire ou sous-papillaire, sont trop communs dans la dermatose rare dont nous nous occupons ici pour qu'on puisse soulever quelque doute à ce sujet. Et les descriptions cliniques et histologiques de Schmidt, Nasse, Finch Noyes et Török, Unna, Heuss, Krynski, Lewinsky, Francis, Galloway, Gilchrist, Freundweiler, Brocq et Bernard, Pawloff, Waelsch, Schnabel concordent dans leurs traits fondamentaux avec celle de notre cas.

Une question se pose de suite : pouvons-nous appeler la tumeur simplement lymphangiome ou hémato-lymphangiome ? C'est-à-dire quelle importance devons-nous attribuer aux altérations des vaisseaux sanguins qui, tout en étant généralement admises par presque tous les auteurs, sont interprétées de façon différente ? Sont-elles antérieures, secondaires ou concomitantes à celles des vaisseaux lymphatiques et représentent-elles un *angiome véritable* ou *une simple angiectasie ?* On sait que Besnier fut le premier à attribuer toute l'importance aux vaisseaux sanguins dans l'interprétation des kystes séreux. Il admet, en se basant spécialement sur les examens histologiques de Jacquet, que les vaisseaux se dilatent, se multiplient et se rompent en donnant lieu à des extravasations sanguines, lesquelles se transforment en petits kystes qui ont été considérés par la majorité des auteurs comme étant d'origine lymphatique.

Thibierge a soutenu la même opinion. De Smet et Bœck l'ont admise à peu près et pensent que le processus commence par une dilatation des petites artères périphériques et continue par la formation de cavités kystiques à contenu séreux et hémorrhagique.

Török ne partage pas l'opinion des auteurs français et belges et, se basant sur les données cliniques et histologiques relevées dans le cas qu'il a observé avec Finch Noyes et dans un de ceux de Schmidt, rejette d'une façon absolue la théorie d'après laquelle les kystes séreux ont pour point de départ les vaisseaux sanguins. Il admet du reste que ceux-ci peuvent aussi être dilatés et néoformés, mais seulement à un degré moindre et d'une façon inconstante.

Brocq et Bernard, Freudweiler, Heuss, Waelsch et Schnabel partagent cet avis.

De notre côté, nous ne pouvons que confirmer l'origine lymphatique des kystes, en raison de ces faits que (comme nous avons eu l'occasion de l'observer dans notre cas à plusieurs reprises et à longs intervalles) quelques éléments vésiculiformes demeurent transparents à partir de leur début pendant un temps indéterminé et que d'autres, transparents dans une moitié de leur étendue, de coloration rouge brun dans l'autre moitié, ne se modifient pas pen-

dant des semaines et des mois. L'examen microscopique a fourni une preuve de plus à l'appui de cette opinion, en montrant que les altérations des vaisseaux sanguins sont toujours moins intenses et *indépendantes* de celles des vaisseaux lymphatiques.

Les opinions sont quelque peu discordantes au sujet de la nature intime des altérations des vaisseaux sanguins et, aujourd'hui encore, quelques-uns tendent à les considérer comme de simples ectasies, d'autres comme de véritables angiomes.

Török admet explicitement et sans discussion qu'il y a des hémangiomes à côté des lymphangiomes. Telle est également l'opinion de Brocq et Bernard. Par contre, Freundweiler, Waelsch, Pawloff, Schnabel admettent qu'il s'agit de simples ectasies.

Il nous semble que les premiers de ces auteurs ont raison parce que, dans l'hypothèse d'une ectasie pure, nous ne voyons pas comment expliquer les circonvolutions, les saillies variqueuses dont l'endothélium n'est pas aminci et aplati, mais bien développé comme dans les véritables angiomes. Et comme les altérations que nous avons rencontrées concordent à peu près, sauf l'intensité, avec celles que Mibelli a bien étudiées dans son angiokératome, nous ne pouvons que conclure avec cet auteur à la néoformation de vaisseaux sanguins et non à la simple ectasie.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie des lymphangiomes. Tandis que quelques auteurs leur attribuent une origine *homœoplastique*, et placent leur point de départ dans les parois des vaisseaux préexistants (Freundweiler, Schnabel), d'autres sont partisans de la théorie *hétéroplastique*, d'après laquelle les vaisseaux néoformés dériveraient du tissu conjonctif indépendamment des vaisseaux préexistants (Schmidt, Krynski). Beaucoup d'auteurs, plus éclectiques, admettent ces deux modes de formation, et donnent suivant les cas plus d'importance au premier ou au deuxième (Török, Brocq et Bernard, Waelsch, Francis Nasse). Un troisième élément a été, en outre, invoqué spécialement par Unna : cet auteur croit que la lésion initiale constante est une stase lymphatique veineuse par obstacle circulatoire ; par suite de cette stase, les capillaires lymphatiques se dilatent et la prolifération de leur endothélium et de leur périthélium provoque la formation de nouveaux vaisseaux.

Enfin nous devons rappeler que, pour rendre compte des causes premières qui devraient présider au développement des lymphangiomes, beaucoup d'auteurs, et spécialement Nasse, soutiennent que chez les sujets atteints de lymphangiome il existe une anomalie du développement embryonnaire qui ne devient jamais apparente que pendant la vie extra-utérine et peu de temps après la naissance.

Si nous cherchons à reconstituer autant qu'il est possible, en nous basant sur les constatations cliniques et anatomo-pathologiques, le

début et le développement de la tumeur dans notre cas, nous constatons qu'il y a d'abord une dilatation des lymphatiques. Puis les vaisseaux dilatés s'allongent, deviennent variqueux, se pelotonnent sur eux-mêmes de façon à former des voûtes séparées l'une de l'autre par de simples travées conjonctives. Puis, par l'effet de la pression continue, ces travées conjonctives s'usent, plusieurs cavités se réunissent en une seule, qui reste isolée de la circulation lymphatique par suite de l'occlusion de la communication avec les vaisseaux de la profondeur restés normaux. Ainsi se forment de petits kystes qu'on peut vider sans qu'il en sorte d'autre lymphe que celle qu'ils contiennent.

On peut répéter la même explication pour les vaisseaux sanguins. Au niveau de ces derniers, les altérations, beaucoup moins graves d'ailleurs qu'au niveau des lymphatiques, débutent également par une dilatation, puis il se produit une multiplication des vaisseaux qui, débutant par les parois des vaisseaux normaux, arrive à constituer de véritables petites tumeurs vasculaires. Ces tumeurs, à leur tour, en raison des rapports intimes qu'elles affectent avec les kystes lymphatiques, peuvent, spécialement sous l'action de traumatismes, s'ouvrir et déverser leur contenu sanguin dans la cavité cystique.

Il est intéressant, dans notre cas, de suivre le développement des deux formes de lymphangiome. Je rappelle que, au début, il y avait une tumeur lymphatique du tissu conjonctif sous-cutané sans aucune altération apparente de la peau elle-même. C'est seulement après l'ablation de la tumeur et la formation de la cicatrice que commencèrent à se développer sur celle-ci de nombreux petits groupes d'hémato-lymphangiomes, qui présentaient les mêmes caractères que ceux apparus simultanément sur la peau saine. Ce fait du développement de tumeurs lymphatiques et sanguines dans un tissu de granulations de nouvelle formation, est très important pour nous, parce qu'il donne la preuve certaine du développement hétéroplastique des hémato-lymphangiomes. Dans l'infiltration cellulaire, qui existe constamment dans le tissu cicatriciel autour des vaisseaux dilatés, il s'est produit des fissures qui peu à peu se sont recouvertes d'épithélium provenant probablement des cellules fixes du tissu conjonctif. Ainsi se sont formés des canaux et des cavités qui ont suivi la même évolution que ceux développés dans la peau saine et ont abouti comme eux à la constitution de petits kystes.

En dehors de la cicatrice, le mécanisme de la formation des hémato-lymphangiomes doit avoir été différent. Là, nous avons vu les amas cellulaires périvasculaires manquer complètement ou presque complètement, tandis que les cellules endothéliales des vaisseaux préformés sont bien développées, nombreuses et en prolifération. Il est donc logique de penser que le processus néoformatif avait pris naissance dans ces vaisseaux pour aboutir à la formation de

nouveaux vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il est donc rationnel d'admettre aussi une formation *homœoplastique*.

Encore un mot sur l'hypothèse émise par Unna d'après laquelle la stase lymphatico-veineuse serait la cause première du développement des lymphangiomes. Il est parfaitement exact que, dans quelques cas où les lymphangiomes se sont développés sur une tumeur lymphatique profonde, il existe une stase lymphatique superficielle. Il en était ainsi dans les cas de Schmidt, Heuss, Pawloff, Schnabel et dans le mien. Ces cas sont cependant toujours des exceptions et leur étude ne peut naturellement pas fournir des arguments pour expliquer des faits plus communs. Aussi, tout en ne niant pas que la stase lymphatique puisse favoriser quelquefois le développement d'un lymphangiome superficiel, nous ne croyons pas possible de soutenir qu'elle doive en être considérée comme la cause efficiente dans tous les cas.

Bibliographie. — Brocq et Bernard. Étude sur le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898, p. 305. — Besnier. Deuxième édition française de : *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, de Kaposi, 1891, t. I, p. 366. — De Smet et Bock. Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit. *Journal de la Société royale des Sciences médicales de Bruxelles*, 1891. — Froncis. Lymphangioma circumscriptum cutis. *British Journ. of dermat.*, 1894. — Freudweiler. Lymphangioma circumscriptum, s. cystoïdes cutis. *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, t. XLI, p. 323. — Galloway. Lymphangioma cutis. *Lancet*, 1894. — Gilchrist. Two rare cases of diseases of the skin. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 1896, p. 138. — Heuss. Lymphangioma circumscriptum cysticum. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1896, t. XXIII, p. 1. — Krynski. Ueber Lymphangioma. Analyse in *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1893. — Lewinsky. Lymphangioma der Haut mit verkalktem Inhalt. *Virchow's Arch.*, 1883, t. XCI, p. 371. — Mibelli. L'angiocheratoma. *Giornale ital. d. malattie veneree e d. pelle*, 1891, p. 159. — Nasse. Ueber Lymphangioma. Analyse in *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1890, t. X, p. 379. — Noyes u. Török. Lymphangioma circumscriptum (L. capillare varicosum). *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1890, t. II, p. 51-105. — Pawloff. Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1899, t. XXIX, p. 53.— Schmidt. Beiträge zur Kenntniss des Lymphangioma. *Arch. f. Derm.* 1890, t. XXII, p. 529. — Schnabel. Ueber Lymphangioma circumscriptum cutis. *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 177. — Thibierge. Un cas de lymphangiome des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique). *Annales de Dermatologie*, 1891, p. 861. — Török. Ueber die kapillaren Lymphangiome der Haut und über die Beziehungen des Lymphangioma capillare varicosum zum Angiokeratoma (Hæmangioma capillare keratoides). *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1892, t. XIV, p. 169. — Unna. *Histopathologie der Hautkrankheiten*, 1894. — Waelsch. Ueber das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum. *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1900.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

Fig. 1. — Photographie de l'hémato-lymphangiome.

Fig. 2. — Coupe verticale d'une cavité du lymphangiome. (Coloration avec l'hématoxyline et l'orangé.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 3 JUILLET 1902.

Présidence de M. Brocq.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal. — Pelade d'origine dentaire, par M. Jacquet. (Discussion : M. Galippe.) — Cas hybride d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeuse de la jambe, par M. Danlos. — Note additionnelle sur les injections de solutions aqueuses de biiodure dans le traitement de la syphilis, par MM. Barthélemy, Lafay et Lévy-Bing. — Psoriasis palmaire et plantaire, deuxième présentation, par M. Milian. — Note sur la technique de l'emploi des rayons X en dermatologie, par MM. Gastou et Vieira. — Quelques cas d'affections pilaires (trichophyties, sycosis, folliculites) traitées par les rayons X, par MM. Gastou et Nicolau. (Discussion : MM. Brocq, Bissérié, Oudin, Barthélemy.) — Sur une altération des mains provoquée par des travaux radiographiques prolongés, par MM. Hallopeau et Gadaud. (Discussion : MM. Barthélemy, Oudin.) — Deuxième note sur une nouvelle forme de néoplasie ulcéreuse de la région inguinale, par MM. Hallopeau et Rubens-Duval. — Sur une ulcération nasale de nature probablement tuberculeuse, par MM. Hallopeau et Gadaud. — Sur les résultats du traitement par le radium d'un lupus verruqueux, par MM. Hallopeau et Gadaud. (Discussion : MM. Danlos, Du Castel, Barthélemy.) — Quatre cas de lupus traités comparativement par le radium et par d'autres procédés, par M. Danlos. (Discussion : MM. Oudin, Brocq.) — Sur un cas de molluscum contagiosum en traînée linéaire, par MM. Hallopeau et Rubens-Duval. — Pelade droite avec hémi-hyperesthésie névro-musculaire gauche, par M. Jacquet. (Discussion : MM. Moty, Barthélemy.) — Pelade familiale chez une névropathe, par M. Du Castel. — Chancres mous des doigts et de la main. Procédé de coloration rapide du bacille de Ducrey, par M. Queyrat. (Discussion : MM. Sabouraud, Gastou). — Sur une tumeur de la paroi inférieure de l'urèthre, par MM. Jullien et Druelle. (Discussion : M. Barthélemy.) — Glossite exfoliatrice marginée ambulante, par MM. de Beurmann et Ramond. (Discussion : MM. Gastou, Darier, Renault, Brocq, Barthélemy, Jullien, Jacquet.) — Note sur l'emploi de l'adrénaline en photothérapie, par M. de Beurmann. (Discussion : MM. Du Castel, Brocq.) — Un cas de lupus érythémateux, par M. Du Castel. — Un nouveau traitement du prurigo de Hebra, par M. de Beurmann. (Discussion : MM. Gastou, Brocq.) — Maladie de Ménière survenue au cours de la syphilis, par M. Balzer. — Éléphantiasis du pied droit, probablement d'origine syphilitique, par M. Balzer. (Discussion : MM. Darier, Brocq.) — Alopécie congénitale, par M. Baudoin. (Discussion : M. Jacquet.) — Toxi-tuberculides des mains et des pieds, par M. Moty. (Discussion : MM. Darier, Brocq.) — Des accidents dus aux injections de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis, par MM. Barthélemy et Lévy-Bing. (Discussion : MM. Brocq, Barthélemy.) — Note sur l'histogénèse, la forme et la valeur diagnostique des cellules géantes plasmatiques à propos d'un cas de syphilides psoriasiformes, par MM. Gastou et Nicolau. (Discussion : M. Darier.) — Note sur un cas de dystrophies diverses qu'on a coutume de rapporter à l'hérédité syphilitique, observées sur une femme atteinte de syphilis récemment acquise, par M. Bar-

THÉLEMY. — Deux cas de lèpre mixte traités par l'arrhénal, par M. J. BRAULT. — Sur les engelures mutilantes des vieillards, par M. CH. AUDRY. — Corne syphilitique de la moustache, par M. CH. AUDRY.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Pelade d'origine dentaire.

Par M. JACQUET.

Je vous ai présenté à la dernière séance un peladique chez qui l'extraction de deux dents cariées au côté *gauche* de la mâchoire inférieure a été suivie d'une repousse *très rapide*, sur l'aire d'une large surface glabre datant de plusieurs mois.

Il existait d'ailleurs encore en bordure deux ou trois foyers peladiques en activité qui n'échappèrent pas à l'œil clairvoyant de Sabouraud.

Or voici, à la date actuelle (30 juin), l'état de ce malade : la repousse a continué et s'est accentuée au centre de l'aire peladique ; mais il y a en bordure quatre ou cinq zones *glabres*, de la dimension d'une pièce de vingt centimes, qui n'existaient pas lors de la présentation.

Depuis une semaine environ les douleurs ont *reparu*, dans la mâchoire inférieure du côté *gauche*.

M. GALIPPE. — Ai-je besoin de dire avec quel intérêt j'ai suivi les derniers travaux de M. Jacquet, dont l'observation qu'il vient de présenter à la Société de dermatologie n'est que la suite et la confirmation ? Cette alliance de la Dermatologie et de la Stomatologie est bien faite pour me plaire, et il faut en espérer des résultats féconds. Si actuellement ces résultats ne sont pas aussi complets qu'ils le seront dans l'avenir, cela tient à ce que ces deux conjoints se connaissent réciproquement peu.

Les stomatologistes sont peu familiarisés avec la dermatologie en général, et avec la pelade en particulier ; les dermatologistes, en revanche, n'ont guère étudié la stomatologie.

Pour ce qui regarde la connaissance de la pelade, nous pouvons au moins en prendre momentanément et patiemment notre parti, puisque nous voyons nos maîtres en dermatologie si profondément divisés d'opinion sur l'origine, la contagiosité, le traitement de cette maladie. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de nous connaître davantage, pour mieux nous pénétrer, et il est surtout indispensable d'avoir une terminologie qui nous soit commune. Cela facilitera singulièrement nos progrès réciproques.

Les arguments théoriques sur lesquels s'appuie M. Jacquet sont très séduisants et fortement déduits, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique. Une objection néanmoins se présente invinciblement à l'esprit, et c'est la suivante : Comment se fait-il que les médecins de mon âge, exerçant depuis vingt-cinq ans au moins la stoma-

tologie, ayant observé, tant dans la pratique de la ville qu'à l'hôpital, des milliers de malades appartenant aux classes sociales les plus diverses, n'aient pas observé de cas de pelade imputable aux causes invoquées par notre collègue ?

J'ai, en particulier, traité un grand nombre de nerveux, de neuro-arthritiques atteints de pyorrhée alvéolaire. Ces malades présentaient presque tous des stigmates de dégénérescence, attestant que leur développement a été troublé par une cause quelconque, ayant réagi sur leur système nerveux. Ces malades présentent fréquemment des crises névralgiques intenses, et cependant, je n'ai jamais observé de troubles trophiques du côté du système pileux. Je sens parfaitement l'objection que M. Jacquet pourrait nous faire, s'il n'était un esprit aussi avisé que courtois : « Votre attention n'étant pas attirée sur les faits nouveaux que je défends, vous avez dû laisser échapper des faits analogues à ceux que j'ai rapportés, en un mot vous avez insuffisamment observé vos malades. »

Cette objection mérite qu'on s'y arrête, et je me promets d'en faire mon profit. Néanmoins, qu'il me soit permis de dire pour ma défense personnelle, que je me suis efforcé toute ma vie de rattacher la stomatologie à la pathologie générale, ce qui m'a amené a connaître *médicalement* mes malades; un fait aussi grave que l'apparition d'une plaque de pelade m'aurait difficilement échappé et, dans tous les cas, ne m'aurait pas été caché. Pour nous, stomatologistes, comme pour tous les autres médecins, il s'établit par l'action du temps, de la confiance et de l'estime que nous inspirons à nos clients, une intimité telle que l'apparition de la pelade chez l'un d'eux ne nous serait pas dissimulée. J'ajouterai que par la nature même de notre intervention, les lésions présentées par le cuir chevelu ou par le visage n'ont guère de chance de nous échapper. Je pourrais invoquer le témoignage de trois ou quatre des membres et non des moins considérables de cette Société, auxquels j'ai adressé, depuis de longues années, de mes clients atteints soit de maladie du cuir chevelu, soit de manifestations cutanées, ayant le visage pour siège.

Quoi qu'il en soit, je suis séduit, sinon convaincu, par la hardiesse et la nouveauté des idées que soutient M. Jacquet, avec tant de talent et de conviction, et je me promets d'observer mes malades avec plus de soin encore, et de lui rapporter les faits à l'appui de sa thèse, si j'ai la bonne fortune d'en rencontrer.

Cas hybride d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeuse de la jambe.

Par M. Danlos.

Dans la séance précédente, à propos du cas que j'ai présenté comme un hybride d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeux, M. Balzer a fait observer que la syphilis était peut-être seule en cause. Ébranlé dans mon opinion par l'opinion de M. Balzer et par l'action favorable du traitement spécifique, même sur les parties qu'il con-

sidérait comme tuberculeuses, j'ai prié M. Gastou de faire une biopsie. Le résultat de celle-ci a confirmé le diagnostic posé.

Voir la note de M. Gastou sur les coupes faites par lui et présentées à la Société.

L'examen histologique confirme l'aspect clinique éléphantiasique par l'existence d'un œdème lymphatique interstitiel et l'épaississement fibro-élastique superficiel et profond ; d'autre part, l'aspect corné du tégument se traduit histologiquement par un épaississement kératosique de l'épiderme et l'inclusion dans la masse cellulaire de véritables amas kératosiques formant des inclusions rappelant en plusieurs points l'aspect des globes cornés.

Mais en dehors de ces lésions nettes il en existe plusieurs autres que l'on peut rapporter les unes à la syphilis, les autres à la tuberculose, et enfin, une dernière qui est d'une interprétation très difficile.

En faveur de la syphilis, il y a l'infiltration périvasculaire papillaire qui forme des amas composés de cellules à gros noyaux du type plasmatique, cellules enfermées dans les mailles d'un véritable tissu réticulé, le tout centré par un vaisseau à parois épaissies : ces masses sont nettement isolées les unes des autres et n'existent qu'à la surface libre des coupes dans la région papillaire.

Tout autres sont les altérations profondes qui sont nettement groupées autour des cellules géantes présentant tous les caractères des cellules géantes tuberculeuses.

Mais une dernièré modification cellulaire est des plus difficiles à interpréter. Il existe en plusieurs points des coupes, aussi bien dans les papilles que dans la profondeur, des amas de noyaux allongés, pâles, donnant l'aspect de noyaux de cellules épithéliales et autour desquels on ne rencontre pas de protoplasma. Il n'existe autour de ces amas de noyaux, ni vaisseaux, ni infiltration. S'agit-il d'une nécrose ou d'une épithélialisation ? les caractères histo-cliniques sont plutôt en rapport avec cette dernière hypothèse. De sorte qu'à côté des lésions syphilitiques et tuberculeuses il semblerait que chez cette malade il se soit fait un trouble de nutrition qui transforme certaines cellules de façon à simuler par leur groupement une variété de sarcomes épithélioïdes dont l'origine et la parenté conjonctive ou embryonnaire sont des plus difficiles à définir.

Note additionnelle sur les injections de solutions aqueuses de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis.

Par MM. Barthélemy, Lafay et Lévy-Bing.

Le chiffre de 1 041 injections intra-musculaires communiqué à la séance de mai, est aujourd'hui doublé (1er juillet). Les solutions de biiodure de mercure injectées par M. Lévy-Bing dans le service de M. Barthélémy, à Saint-Lazare, s'élèvent actuellement à 2875 centimètres cubes ainsi répartis :

1° *Huile* biiodurée (contenant *0 015 milligr.* de biiodure de mercure par centimètre cube d'huile).	880 centimètres cubes.
2° *Solutions aqueuses :*	
a) *Biiodure* de mercure *solubilisé* par l'iodure de sodium (0 005 milligr., 0 010 milligr., 0 015 milligr., 0 020 milligr., 0 030 milligr., *0 050 milligr.*, de biiodure par centimètre cube d'eau)...........	908 — —
b) *Cacodylate* de mercure (qui n'est pas autre chose que du biiodure de mercure à 0 005 milligrammes, 0 010 milligrammes, 0 015 milligrammes par centimètre cube) ASSOCIÉ au cacodylate de soude à 0 05 centigrammes par centimètre cube....................................	887 — —
c) *Arrhénate* de mercure (qui n'est pas autre chose que du biiodure de mercure à 0 010 et 0 015 milligrammes par centimètre cube) ASSOCIÉ au méthylarsynate disodique.................	200 — —
Soit....	2.875 centimètres cubes.

Le danger, c'est que si on emploie une dose insuffisante de mercure, on croit faire un traitement contre la syphilis, et qu'en réalité on n'en fait pas.

Les résultats thérapeutiques, c'est-à-dire l'observation clinique, conduit aux conclusions pratiques suivantes, à savoir que les injections solubles donnent des effets moins rapides, moins durables surtout que les injections insolubles, lesquelles protègent mieux les syphilitiques contre le tertiarisme. Mais, parmi les injections solubles, les injections de solution aqueuse de biiodure de mercure nous semblent les plus favorables. L'essentiel dans le traitement de la syphilis est le mercure ; un sel n'est bon que par sa teneur en mercure ; il faut seulement rechercher la préparation qui est le mieux assimilée et tolérée par l'organisme ; celle-là sera la préférable qui, dans ces conditions, introduira dans l'économie la plus haute proportion d'hydrargyre.

Psoriasis palmaire et plantaire, deuxième présentation.

Par M. MILIAN.

Nous présentons de nouveau à la Société cette malade pour laquelle le diagnostic avait hésité le mois dernier entre psoriasis et pityriasis rubra pilaire. L'évolution ultérieure et la guérison rapide sous l'influence du traitement par l'huile de cade ne laissent pas de doute sur le diagnostic de psoriasis, qui avait du reste été considéré comme le plus probable par la plupart des membres de la Société, et par moi-même.

Note sur la technique de l'emploi des rayons X en dermatologie.

Par MM. Gastou et Vieira.

L'emploi des rayons X, comme moyen thérapeutique en dermatologie, obéit à deux grandes indications. L'une qui a pour but d'obtenir la chute des cheveux transitoire ou permanente d'une région déterminée du corps. L'autre qui utilise les actions moléculaires que les rayons X exercent sur certains processus morbides de nature destructive, pour les modifier dans un sens favorable et les arrêter dans leur évolution, tel le lupus, par exemple.

Cette distinction essentielle est la base de la radiothérapie et la méconnaître c'est aller au-devant des accidents qui sont survenus si fréquemment à l'origine de l'application de la méthode.

L'action thérapeutique de la radiothérapie est non seulement en rapport direct avec les différentes variétés de rayons émis par les ampoules (rayons cathodiques, rayons X, effluves, radiations de nature encore inconnue, etc., etc.), mais encore avec la qualité et la quantité de ces rayons.

M. Béclère nous a exposé ici même quels étaient les facteurs de variations de quantité et de qualité des rayons X et de quelle façon on pouvait arriver à les connaître, à les modifier, à les doser en quelque sorte.

Les variations de quantité sont en rapport en premier lieu avec la nature du générateur, l'intensité et la quantité du courant électrique, la forme sous laquelle est utilisée la force électro-motrice, les modifications que lui font subir les transformateurs et l'emploi des interrupteurs ; en second lieu avec les conditions même d'application, c'est-à-dire la durée de la pose et la distance d'application de l'ampoule, enfin avec la susceptibilité du malade, la nature de la lésion et de son siège.

Tous les éléments qui font varier la quantité des rayons, entraînent directement ce que l'on appelle la variation de résistance de l'ampoule et le degré de pénétration des rayons qu'elle émet, cette pénétration qui est l'élément capital en radiothérapie, c'est-à-dire exprime la qualité thérapeutique active des rayons.

Cette résistance a des facteurs fixes et des facteurs variables ; les facteurs fixes sont : la forme de l'ampoule et des électrodes, la disposition de celles-ci à l'intérieur de l'ampoule ; les facteurs variables sont sous la dépendance du degré de vide et de la quantité d'énergie électrique. M. Béclère a longuement insisté sur ces faits.

Il y a donc un rapport étroit entre les variations de quantité et de qualité des rayons, rapport lui-même lié à la forme, à la constitution des ampoules, au degré de vide où on peut les amener.

D'une façon générale, plus une ampoule est résistante au passage du courant électrique, plus les rayons qu'elle produira seront pénétrants ; c'est pour désigner les propriétés de cette ampoule qu'on l'a dite : ampoule dure, alors que dans le cas inverse si elle est peu résistante à rayons peu pénétrants, elle est dite molle.

L'application de ces données utiles à la thérapeutique eussent rendu l'emploi des rayons X tout à fait empirique et dangereux si nous n'avions pu, grâce à des instruments de mesure, connaître et régler d'une façon précise la quantité et qualité des rayons employés.

Le spintermètre de M. Béclère nous a permis de mesurer la force de pénétration des rayons, grâce à l'existence de l'étincelle équivalente qui indique la résistance opposée au courant par l'ampoule et par suite sa dureté ou sa mollesse.

Le radiochromomètre de M. Benoît complète et rend plus exacte cette évaluation.

Si bien qu'aujourd'hui nous pouvons exprimer d'une façon positive les conditions d'action thérapeutique en disant :

Ampoule dure, longue étincelle équivalente, rayons très pénétrants, action peu irritante des rayons appliqués pendant un temps court et à grande distance.

Ampoule molle, faible étincelle équivalente, rayons peu pénétrants, action irritante énergique, surtout avec longue exposition et à faible distance.

Dans le premier cas, action le plus souvent sans danger, surtout utilisable pour l'épilation ; dans le second cas, action énergique dangereuse dont l'usage demande une grande prudence et ne peut être essayé que dans des cas de maladies locales, rebelles et graves.

Dans l'un et l'autre cas, applications nécessitant l'isolement par une lame de plomb pour protéger les parties voisines dans les cas d'épilation, une lame d'aluminium ainsi que l'a montré M. Oudin lorsque l'action doit être tant soit peu irritante et pour n'utiliser que certaines variétés de rayons.

Tels sont les principes qui nous ont guidés dans nos essais de traitement.

Notre installation électrique se compose d'une ampoule à osmo-régulateur et d'une soupape de Villard, d'une bobine Rhumkorff de Radiguet et d'un interrupteur Contremoulins-Gaiffe.

Pour la technique d'application, nous nous sommes mis, autant que le permettait notre installation électrique, dans les conditions indiquées par MM. Schiff, Freund, Béclère et Oudin. Ces conditions sont aujourd'hui plus faciles à déterminer depuis qu'on est à même de pouvoir mesurer la qualité et la quantité des rayons X, par l'emploi du spintermètre de M. Béclère qui, nous permettant de mesurer l'étincelle équivalente, nous renseigne sur le degré de résistance de

l'ampoule et, d'une façon indirecte, sur la qualité des rayons X et encore de l'emploi du radio-chromomètre de M. Benoît qui nous permet de nous trouver toujours dans les mêmes conditions pour une certaine quantité de rayons.

Nous avons tenu également à employer toujours la même ampoule donnant une étincelle équivalente de 15 centimètres correspondant au n° 6 du radiochromomètre. Le courant avait une intensité de 5 ampères et une tension de 25 volts et l'ampoule était mise à une distance de 20 à 30 centimètres. Dans ces conditions nous avons obtenu la chute des cheveux à la fin de la septième séance sans le moindre érythème du cuir chevelu et sans incidents.

Pour préciser davantage les conditions du traitement radiothérapeutique, nous tenons à présenter très brièvement, débarrassées autant que possible de toute hypothèse, les données concernant la technique et les indications du traitement du favus et des teignes par les rayons X telles que l'un de nous a eu l'occasion de les recueillir et voir appliquer à Vienne, soit dans le service clinique de M. le professeur Kaposi, soit dans l'ambulatorium de M. le Dr Spiegler, à la polyclinique.

C'est en nous basant sur les conditions générales de traitement qu'on emploie à Vienne pour ces maladies parasitaires, en subordonnant nos essais aux indications techniques fournies par les travaux et les communications faites par M. le professeur Schiff et son collaborateur M. Freund, enfin en utilisant les notions exactes de réglage indiquées par M. Béclère et de protection démontrées par M. Oudin, que nous avons tenté les applications radiothérapiques.

Nous ne voulons parler aujourd'hui que de l'influence favorable que les rayons X exercent sur le favus et les teignes. Les rayons de Röntgen agissent, non seulement comme un moyen d'épilation, provoquant la chute des cheveux malades, remplis de parasites, mais encore, d'après les faits cliniques, semblent avoir une action que nous ne sommes pas encore en état d'expliquer.

Pour M. le Prof. Schiff de Vienne, dont l'autorité en matière de radiothérapie est incontestable, l'emploi des rayons est le traitement de choix pour le favus, le sycosis et toutes les maladies inflammatoires ou parasitaires des régions poilues du corps. Il dit ne pas connaître d'autre méthode thérapeutique, donnant en si peu de temps une guérison radicale, sans avoir recours au traitement médicamenteux et aux pansements qui sont d'usage dans ces maladies. On peut compter sur les réussites en très peu de temps, même pour les cas chroniques, datant de plusieurs années et rebelles à tous les traitements institués jusqu'alors.

Mais pour obtenir de si bons résultats il faut être très prudent dans l'emploi des rayons X, en se soumettant à certaines conditions d'expé-

rimentation qu'on est aujourd'hui en mesure de connaître de plus en plus.

Le premier cas d'épilation, par les rayons X, obtenu dans des conditions scientifiques, est dû à MM. Freund et Schiff. Il s'agissait d'une petite fille, porteuse d'un nævus pigmentosus pilosus, occupant tout le dos. La petite malade a été soumise à l'action des rayons X tous les jours pendant deux heures. Au bout de douze jours les poils tombaient par mèches. La région soumise aux rayons X se présentait sous peu tout à fait glabre. Malheureusement, par suite d'une exposition trop prolongée il s'est produit des phénomènes inflammatoires très vifs et dans un point limité de la région l'épidermisation a été longue à se faire. Ce fait très regrettable a servi de leçon à ces expérimentateurs, en les rendant plus prudents dans l'application de ce nouveau moyen thérapeutique. Ils en ont conclu que pour obtenir l'épilation sans ces phénomènes secondaires fâcheux, il fallait non seulement ne pas faire de longues séances, mais encore bien savoir tirer parti de l'action thérapeutique de l'agent physique. M. Schiff recommande de faire, pour l'épilation, des séances nombreuses, mais peu intensives, en employant un courant électrique de 2 ampères au maximum et 12 volts au maximum. L'ampoule radiogène doit être dure et maintenue à une distance de 15-20 centimètres de la région à traiter ; chaque séance ne doit pas dépasser 10 minutes. On protégera les parties qu'on veut protéger de l'action des rayons, à l'aide de lames de plomb, ayant un demi-millimètre d'épaisseur. D'après M. Schiff, ce seraient les conditions les meilleures pour obtenir l'épilation, sans aucun dommage pour le malade (1).

En vérité, le traitement fait dans de telles conditions doit se poursuivre sans produire aucune réaction locale, sauf un érythème très léger qui pourra se manifester occasionnellement. Si ce n'était la chute des cheveux qui s'opère après quelque temps d'exposition, les malades auraient bien le droit d'être sceptiques vis-à-vis du traitement, tant il manque de réaction locale et de sensation douloureuse. D'ailleurs M. Schiff, au moindre signe de rougeur de la peau, arrête tout de suite le traitement. C'est une condition qu'il ne faut jamais oublier, surtout si l'on a en vue d'obtenir une alopécie temporaire. Comme l'a fort bien remarqué Jutassy, si l'on provoque une inflammation de la peau avec tout un cortège symptomatique depuis la rougeur forte avec œdème jusqu'à la col-

(1) Si on veut profiter, au point de vue thérapeutique, des propriétés inflammatoires des rayons X, il faut, d'après M. Schiff, augmenter la force électro-motrice et l'intensité du courant — jusqu'à 3 1/2 ampères et 12 3/4 volts. Il faut encore approcher l'ampoule (10 centimètres et plus) de la région à traiter. La durée de la séance dans ce cas peut aller jusqu'à 15 minutes et même davantage. Telle est la technique employée par M. Schiff dans le traitement du lupus.

lection purulente, on risque fort d'obtenir la chute rapide des cheveux au prix d'une alopécie consécutive permanente. M. Schiff, en soumettant ses malades atteints d'hyperthricose à l'épilation définitive, procède toujours par de prudentes étapes, quoique son but soit la destruction définitive de la fonction normale de la papille du poil. En se plaçant dans les conditions que nous avons établies plus haut, M. Schiff n'obtient que des résultats d'alopécie temporaire, de peur de produire les effets redoutables dont on accuse à juste motif les rayons X et dont lui-même avec son collaborateur M. Freund ont eu à se plaindre, à l'occasion de leur premier essai. L'épilation ainsi obtenue dure 2-3 mois. Au bout de ce temps la repousse commence à se faire. Si, comme c'est le cas pour l'hypertrichose, on veut obtenir l'alopécie définitive, on n'a qu'à faire quelques nouvelles séances de radiothérapie au moment de la repousse pour que la papille soit pour toujours détruite. M. Schiff insiste beaucoup sur ce traitement intérieur (Nachbehandlung), le seul capable d'arrêter d'une façon définitive la repousse des poils, en donnant lieu à une alopécie permanente. C'est pour avoir méprisé ces indications que M. Schiff attribue la non-réussite de certains auteurs qui dénient aux rayons de Röntgen tout effet épilatoire permanent.

Pour les cas où on veut obtenir un effet d'épilation passagère, afin de débarrasser le malade de ses poils ou cheveux, chargés de microbes, agissant comme des corps étrangers ou des agents d'irritation continuelle, la radiothérapie est sans contredit la méthode de choix, car elle agit vite et sans douleur comme un moyen d'épilation et suffit presque à elle seule comme moyen thérapeutique.

En effet, l'observation clinique prouve que, par exemple, dans les cas de sycosis, même avant que les poils soient tombés par l'action des rayons X, les phénomènes d'inflammation aiguë cessent, les nodules d'infiltration s'aplatissent peu à peu et disparaissent à leur tour. Après la chute des cheveux, il ne se forme plus de nouvelles pustules, la sécrétion se tarit et la formation des croûtes qui en dépend, s'arrête. Les symptômes subjectifs de tension et de chaleur, que les malades supportaient difficilement, s'amendent et finissent par disparaître.

La repousse des cheveux ou des poils s'effectue, dans ces cas, au bout de 2 à 3 mois comme nous l'avons déjà dit, et elle se poursuit d'une façon normale, comme le démontrent les observations cliniques. L'action des rayons X dans les conditions où on les a employés, n'a pas eu le temps d'agir suffisamment sur la papille de façon à la détruire entièrement, de sorte qu'une régénération de celle-ci est possible.

Le traitement du favus et des teignes doit se faire vite, mais, malgré cela, il ne faut pas oublier les conditions d'une bonne réussite

que nous venons de poser, pour ne pas endommager le malade. On doit soumettre au traitement toute la tête du malade. On la divise en 4 ou 5 régions et on les expose successivement à l'action des rayons dans la même journée ou dans des jours différents. Le traitement ne doit pas être considéré comme fini avant que toute la tète ne soit épilée entièrement, tout à fait glabre. On évitera de cette façon qu'aucun petit foyer passe inaperçu, pour devenir plus tard, dans le temps de la repousse, le point de départ d'une nouvelle infection.

Au bout de 7 à 11 séances, les cheveux soumis à ce traitement deviennent lâches et tombent spontanément ou après une légère traction exercée avec les doigts. La rougeur et tous les autres phénomènes morbides qui accompagnent le favus disparaissent après 10 à 12 jours.

Le Professeur Kaposi a mis en doute qu'on puisse venir à bout du favus, en le traitant par les rayons X. En effet, on a fait tomber les cheveux, mais les gaines de la racine, contenant les champignons, sont restées dans la peau. Il est donc naturel qu'on se demande si, peu de temps après, une nouvelle infection ne va pas se reproduire. Jusqu'à présent cette hypothèse de Kaposi ne s'est pas réalisée dans les cas signalés par M. le Professeur Schiff, soit que la pommade au goudron qu'il faut appliquer après l'épilation, ait tué les champignons du favus, soit que les rayons X aient agi eux-mêmes sur les parasites. Ce qu'il y a de certain, c'est que d'après les observations cliniques et les examens microscopiques, aucun des malades soignés et guéris par le moyen des rayons X n'a présenté de récidive.

Nous avons tenu à mentionner les résultats obtenus par MM. Schiff et Freund pour montrer de quelle utilité peut être dans l'avenir l'emploi de la radiothérapie et surtout pour demander aux confrères qui s'occupent d'électrothérapie l'appui de leur expérience et leurs conseils.

Quelques cas d'affections pilaires (trichophyties, sycosis, folliculites) traitées par les rayons X.

Par MM. Gastou et Nicolau.

Nous avons déjà eu l'occasion (Gastou et Vieira), dans une séance antérieure, de présenter à la Société les résultats obtenus par l'emploi des rayons X dans le traitement des diverses dermatoses parasitaires en général. C'est de l'emploi de ce même moyen, dans le traitement des affections parasitaires du follicule pileux, que nous nous proposons de vous entretenir aujourd'hui. L'une des actions secondaires des rayons X étant de déterminer une chute (temporaire) des cheveux, on a pensé tout naturellement à mettre à contribution cette action

dépilante, dans toutes les affections parasitaires des follicules pileux où l'élimination des poils constitue un élément essentiel pour la guérison: trichophytie, teigne, favus, sycosis (microbien ou par dermatophytes), furoncles, etc.

Nous avons appliqué jusqu'à présent cette méthode dans le traitement des dermatoses suivantes: un cas de favus ancien du cuir chevelu, quatre cas de teigne à petites spores (Gruby-Sabouraud), un cas de folliculite pustuleuse (à staphylocoques) de la barbe, une trichophytie de la barbe.

Nous n'avons pas encore de résultats définitifs pour tous ces cas, étant donné qu'ils n'ont pas été mis en traitement à la même époque; néanmoins quelques-uns peuvent être considérés comme complètement guéris, d'autres sont seulement améliorés et enfin d'autres sont en cours de traitement.

Nous avons cru utile de présenter à la Société toute cette série de malades, ainsi que les photographies de chacun, prises avant le traitement afin de pouvoir apprécier comparativement les modifications produites.

Voici les observations et la description détaillée de la technique suivie dans chaque cas particulier.

Observation I. — D..., 45 ans, employé au chemin de fer. *Sycosis de la barbe*, datant de 5 mois. Au commencement du traitement le malade présente de nombreuses folliculites suppurées, avec profonde infiltration et induration périfolliculaire. L'examen bactériologique du pus nous montre du staphylocoque à l'état de pureté.

Commencement du traitement le 29 mai; application des rayons tous les 2 jours, pendant 10 minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule. La force de pénétration des rayons correspondait à la sixième division de l'appareil radiochromométrique de Bennoît; longueur de l'étincelle équivalante à 15 centimètres. L'intensité du courant employé avec de légères variations journalières, a oscillé entre 25-30 volts sous un régime de 5-6 ampères. Après la septième séance (le 14 juin) les poils commencent à tomber dans la région mentonnière proprement dite, là où les rayons tombaient perpendiculairement. Sur les côtés les poils tiennent encore.

On continue le traitement. Après 2 nouvelles séances (le 18 juin), l'alopécie devient complète sur le menton; les pustules se sont desséchées, la plupart ont disparu tout à fait; l'infiltration et l'empâtement diffus de la région qui existait au début du traitement, disparaît aussi petit à petit, la peau s'assouplit. Sur les côtés du menton où il reste encore des poils, les pustules persistent, quoique leur nombre et leur volume ait beaucoup diminué.

Le 26 juin (après 11 séances), l'alopécie est presque totale. Il reste encore quelques poils çà et là sur les côtés du menton, mais les pustules sont guéries.

On continue le traitement en limitant l'action des rayons seulement à la région sous-maxillaire, où dans un point il existe une infiltration nodul-

laire profonde, qui ne tarde pas à rétrocéder. Actuellement le malade est complètement guéri. Il a eu en tout 13 applications de rayons X. A aucun moment du traitement il n'a présenté la moindre irritation de la peau ou du tissu conjonctif sous-cutané.

Obs. II. — B..., 40 ans, maçon. *Trichophytie de la barbe* (trichophyton ectothrix) et de la peau du cou. Le malade présente des pustules, une infiltration diffuse de la région et des placards de desquamation pityriasique. Le traitement est institué le 10 juin. Application tous les 2 jours pendant 10 minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule, des rayons X, dont la force de pénétration correspondait à la sixième division de l'appareil de Bennoît, la longueur de l'étincelle étant égale a 15 centimètres. L'intensité du courant employé a présenté des variations entre 22-30 volts sous un régime de 4-5 ampères.

Chez ce malade, pour des raisons que nous ignorons encore, les poils, contrairement à l'habitude, ont commencé à tomber après la deuxième séance (chez tous les autres malades l'alopécie n'a commencé qu'après la septième séance). On continue le traitement dans les mêmes conditions. Après la cinquième séance l'alopécie est totale sur la région traitée, les pustules se dessèchent; on observe une desquamation notable de la peau. Actuellement le malade peut être considéré guéri. Dans les squames et dans les poils qui avoisinent la région traitée, nous n'avons plus retrouvé de parasites. Il a eu en tout 8 séances.

Obs. III. — F..., 4 ans, chez ses parents. *Placard de teigne à petites spores*, de la dimension d'une pièce de 5 francs, occupant le sommet de la tête, et datant de 4 mois.

On commence le traitement le 13 mai, qu'on conduit de la manière suivante : application tous les 2 jours pendant 10 minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule, des rayons X, dont la force de pénétration correspondait à la sixième division de l'appareil de Bennoît, la longueur de l'étincelle étant égale à 15 centimètres. L'intensité du courant employé a varié entre 20-30 volts sous un régime de 3-6 ampères. Nous avons commencé par agir sur une région dépassant de plusieurs centimètres les limites du placard teigneux, afin de circonscrire le mal, et créer dès le début une zone de séparation entre lui et les parties saines. Les régions que nous ne voulions pas traiter, nous les protégions à l'aide d'une feuille de plomb, qui empêche la pénétration des rayons X. Après la septième séance les cheveux commencent à tomber; il n'y a pas d'emblée alopécie complète, car les cheveux plus jeunes résistent plus longtemps à l'action des rayons. Après la neuvième séance (le 5 juin), ils tombent eux aussi.

On observe une hyperpigmentation de la peau, et une légère desquamation de l'épiderme. On continue le traitement en limitant l'action des rayons juste à l'endroit qui correspond au placard teigneux; l'aspect pityriasique du cuir chevelu qui existait au niveau de la région malade a disparu. Le 26 juin, on observe une légère repousse de la région protégée contre l'action des rayons. L'examen répété des squames ne nous a pas permis de retrouver le parasite. La malade a eu en tout 17 séances (du 13 mai au 3 juillet). Actuellement elle peut être considérée guérie. Pour nous prononcer définitivement, il faut néanmoins la suivre, la surveiller, pour

voir si au moment de la repousse totale des cheveux il ne se produira pas une repullulation des parasites.

Obs. IV. — G..., 7 ans. *Deux placards de teigne à petites spores*, occupant le vertex et la région occipitale, datant depuis 3 mois.

On commence le 13 mai par traiter le placard du vertex. On lui applique tous les 2 jours pendant 10 minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule, les rayons X, dont la force de pénétration, comme dans les cas précédents, correspondait à la sixième division de l'appareil de Bennoît, étincelle égale à 15 centimètres. Intensité du courant variant entre 20-30 volts, sous un régime de 3-6 ampères. Alopécie complète après la huitième séance (le 3 juin). On continue le traitement. Le placard teigneux se modifie, les squames disparaissent et après la 12e séance la peau prend son aspect normal. L'examen microscopique, pratiqué à plusieurs reprises, ne montre plus de parasites.

Le 26 juin, tout en continuant de traiter le placard du vertex, on commence aussi le traitement du second foyer.

En somme, ce malade a eu, sur le placard du vertex qui paraît guéri, 17 séances; sur celui de la région occipitale seulement 3; ce dernier, par conséquent, n'est pas encore modifié.

Obs. V. — S..., 5 ans. *Teigne à petites spores* occupant le sommet de la tête, depuis trois mois. Placard de 6 centimètres de diamètre. On commence le traitement le 14 juin, dans les mêmes conditions que pour les cas précédents. Jusqu'à présent le malade n'a eu que 5 séances; on ne voit pas encore de modifications appréciables.

Obs. VI. — X..., 27 ans, massier. *Favus du cuir* chevelu, occupant presque toute la tête, datant de l'âge de 2 ans et demi. Traité à plusieurs reprises, sans résultat complet, par tous les moyens classiques.

Nous l'avons soumis au traitement par les rayons X, le 12 février, en traitant tour à tour de petites surfaces de 6-7 centimètres de diamètre. On lui a fait tous les jours des séances de 10 minutes à 15 centimètres de distance de l'ampoule; la longueur de l'étincelle était égale à 15 centimètres. L'intensité du courant 30 volts, ampérage 6.

Alopécie après la 8e séance. On continue le traitement avec légères interruptions pendant 4 mois, en traitant successivement des placards différents.

La durée moyenne du traitement pour chacun de ces placards a été de un mois.

Les godets faviques sont éliminés, la surface du cuir chevelu se nettoie, son aspect devient normal. On observe un léger œdème du tissu sous-cutané. La repousse des cheveux dans les endroits où le traitement avait été interrompu, s'est produite après 3 semaines en moyenne. Le malade nous quitte le 5 juin. On le revoit un mois après. Tous les endroits traités sont recouverts d'une belle repousse, sans que le favus soit récidivé. Il existe encore néanmoins des cheveux faviques dans les régions non traitées. Le malade doit être repris pour compléter sa guérison.

De l'étude comparative de ces observations, il résulte que, à part quelques légères variations individuelles, il y a eu une certaine uni-

formité dans la nature et la succession des phénomènes que l'application des rayons X (dont la force de pénétration a été toujours la même) a déterminés du côté de la peau. Cette constatation très importante introduit la notion de dose dans le maniement de ce moyen thérapeutique. En effet, en employant exactement la même technique et en se servant des rayons ayant la même force de pénétration, on est à peu près sûr d'obtenir des résultats comparables.

Dans aucun des cas traités, sauf une légère pigmentation et desquamation de l'épiderme, nous n'avons observé d'autre trouble du côté de la peau ou du tissu sous-cutané.

La chute des cheveux commence à se manifester après un nombre de 6 à 7 séances (sauf dans un seul cas (deuxième observation) chez qui l'alopécie s'est déclarée après 2 séances), dans les régions où les rayons ont agit perpendiculairement; après la neuvième, dixième ou onzième séance, suivant les cas, les cheveux tombent sur toute la région exposée, et de cette façon l'alopécie est constituée. Il faut ajouter néanmoins que dans les régions ainsi déglabrées, l'alopécie n'est pas absolue dès le début, elle se fait en deux étapes successives, d'ailleurs très inégales comme valeur.

Tout d'abord il y a chute des cheveux adultes; il reste encore à la surface de la tête des petits cheveux minces qui n'ont que le tiers, ou encore moins, de la longueur des cheveux adultes, et qui sont des cheveux plus jeunes. Ils ne tardent pas d'ailleurs à tomber eux aussi, après quelques séances.

Le mécanisme intime en vertu duquel les rayons provoquent la chute des cheveux ne nous est pas connu dans tous ses détails. Mais il est infiniment probable que leur action spéciale s'exerce sur la papille elle-même, dont ils troublent et suspendent le fonctionnement normal, en y produisant comme une sorte de sidération transitoire. La résistance plus grande à l'action des rayons, des cheveux plus jeunes, dont la papille est douée d'une plus grande vitalité, plaide aussi pour cette manière de voir. De ce trouble passager jusqu'à l'atrophie définitive de la papille il y a une grande distance, une importante question de degré, et nous estimons qu'on peut l'obtenir ou éviter d'après le but qu'on se propose. L'examen microscopique des cheveux qui tombent nous montre l'aspect connu des cheveux atrophiés, c'est-à-dire à bulbe plein.

Si l'on suspend l'application des rayons X, les papilles reprennent leur fonctionnement, les cheveux commencent à repousser après un temps variable, suivant les individus, entre 2 semaines ou plusieurs mois. Quand, dans l'intérêt du traitement, on doit maintenir l'alopécie, on peut empêcher la repousse en faisant de temps en temps de nouvelles applications. Il est très probable que l'action favorable des rayons X, dans le traitement des folliculites parasi-

taires, ne tient pas seulement à leur action dépilante, mais qu'à côté de cela ils doivent exercer (ainsi que le prouvent les nouvelles recherches expérimentales) une action nocive directe sur les parasites dont ils compromettent la vitalité.

Appliquée de la manière que nous venons d'exposer, nous pensons que l'application thérapeutique des rayons X est exempte de tout danger; que maniée avec prudence et graduée dans son action, pour chaque cas particulier, au but qu'on se propose d'obtenir, elle constitue une précieuse méthode de traitement, appelée à rendre de réels services à la thérapeutique dermatologique.

M. Brocq. — Dans cette question de l'épilation radiothérapique, le point important sur lequel j'ai déjà demandé à nos confrères radiographes de nous renseigner est celui-ci : peut-on préciser exactement les conditions qui permettent d'obtenir à volonté l'épilation transitoire ou définitive?

Il ne me semble pas qu'on ait encore répondu d'une façon satisfaisante à cette question.

M. Bisserié. — Dans les dépilations produites par les rayons X, il résulte des remarques que j'ai pu faire, qu'il faut tenir compte :

1° De susceptibilités cutanées individuelles;

2° De susceptibilités cutanées régionales ;

3° De la qualité et de la quantité des rayons fournis par l'ampoule;

4° De la durée et du nombre des séances, variables suivant les résultats cherchés.

La méthode que j'ai utilisée, tant à l'hôpital que dans ma clientèle particulière, est la suivante :

Ampoule molle.

Séances courtes (maximum, 5 minutes). Deux applications par semaine.

Après la 4e application, la dépilation se produit. Cette dépilation n'est que temporaire et est suivie d'une repousse qui commence à se manifester environ une quinzaine de jours après la dernière application.

Si on veut obtenir une dépilation définitive, il convient de soumettre le malade de dix jours en dix jours à des applications nouvelles ; jusqu'à ce qu'on ne constate plus la moindre repousse.

Les facteurs importants dans l'épilation par les rayons X me semblent être l'ampoule, le temps de pose, et le nombre des séances.

Quand on a pratiqué l'épilation sur le cuir chevelu par exemple, il convient de faire des séances courtes et peu nombreuses, 3 à 4 au maximum, si on veut éviter des lésions cutanées dues aux rayons X, les os du crâne jouant dans cette région le rôle d'écran renforçateur.

Si on agit au contraire sur d'autres parties du corps, comme les bras et le tronc, on peut faire des applications de 5 à 6 minutes, au nombre de deux par semaine. Après 4 applications, il convient d'arrêter les applications pendant une semaine pour observer son malade et les reprendre ensuite méthodiquement de 10 en 10 jours ou de 15 en 15 jours, suivant les cas, pour obtenir l'épilation définitive.

M. Oudin. — M. Brocq nous demande si nous pouvons faire à volonté de l'épilation temporaire ou définitive. Il faut, pour répondre à cette question, nous en rapporter à ce que nous ont appris ceux qui font de la radiothérapie depuis plus longtemps que nous. Schiff nous dit que l'épilation est toujours temporaire, mais que pour la rendre définitive il faut, pendant l'année qui suit le traitement, refaire une ou deux séances tous les deux mois.

J'ai eu l'occasion de revoir dernièrement le malade dont je vous lisais l'observation en janvier ; il n'y avait pas encore de repousse apparente des poils, plus de sept mois après la cessation du traitement.

L'action des rayons X est proportionnelle à la distance de l'ampoule à la la peau et au temps d'exposition, ceci évidemment pour une ampoule donnée, molle, riche en rayons X ; et à distance égale la profondeur de l'action est en raison directe du temps de pose ; pour des poses longues on a des radiodermites graves, pour des poses courtes de l'érythème léger, de l'épilation seulement, ou même aucune réaction de la peau saine et une spécialisation de l'action des rayons sur les tissus pathologiques.

Lorsque j'ai imaginé cette méthode de radiothérapie : ampoules molles aussi riches que possible en rayons X, placées le plus près possible de la peau, et exposition très courte, en opposition aux méthodes allemandes, d'exposition très longue, avec ampoule très dure et très éloignée de la peau, j'étais parti de conceptions théoriques (voir mon article : Accidents dus aux rayons X, et radiothérapie. *Annales d'électrobiologie*, août 1901) non encore vérifiées par l'expérience. Depuis lors, chaque fois que j'en ai eu l'occasion, j'ai employé ce procédé, et suis de plus en plus convaincu qu'il simplifie énormément la radiothérapie et lui enlève toutes chances d'accidents, en même temps qu'il a le grand avantage de permettre de soigner de nombreux malades en un temps très court.

M. Barthélemy. — Il n'y a pas besoin d'aller à Vienne pour apprendre à employer en dermatologie les rayons X : les recherches de Béclère et de Oudin, faites à Paris, constituent les progrès les plus marqués et les plus récents, ainsi que les applications les plus intéressantes. Notamment la question des rayons superficiels et des rayons pénétrants, est très facilitée par les appareils d'origine française permettant d'en faire la mensuration ; ce qui est en pratique de la première importance, puisqu'il faut avant tout éviter de créer des lésions graves et durables, du visage, par exemple, quand on se propose d'en réaliser une dépilation, et se garder d'altérer des tissus sains en même temps qu'on agit sur des tissus malades.

Sans doute, il y a des peaux qui sont de véritables sensitives et qui ne supporteront pas plus les rayons X, qu'elles ne toléreraient la teinture d'iode. Sans doute encore, il y a des régions qui doivent être plus ménagées les unes que les autres. Mais il faut surtout tenir compte des ampoules. Je crois, pour ma part, que c'est là le point capital pour la dermatologie. Car, en se plaçant dans des conditions électriques absolument identiques, en soumettant une série de malades à une distance égale, pendant un temps égal, nous avons obtenu chez *douze malades*, sans s'occuper des tempéraments, de l'âge, de l'humidité de la peau, de la sueur, de la peau brune et

résistante, ou de la peau blonde et fine, des modifications trophiques absolument identiques, comme nous devons prochainement l'indiquer en détail, M. Oudin et moi, dans un travail qui est en préparation.

Sur une altération des mains provoquée par des travaux radiographiques prolongés.

Par MM. Hallopeau et Gadaud.

La dermatose qui s'est développée chez M. A. P..., sous l influence de la radiographie, peut être considérée comme typique.

M. A. P... a bien voulu résumer ainsi qu'il suit son observation :

A. P..., né à Paris en décembre 1877, a commencé pour la première fois l'usage des rayons X, en juillet 1897, avec une bobine d'induction de grande puissance et un tube bi-anodique.

Le travail consistait à montrer au public les rayons de Röntgen, à l'aide d'un écran au platino-cyanure de baryum.

La main servait souvent de sujet d'exhibition, et était tenue pendant quelques secondes (*environ 15 à 30*) entre l'écran et l'ampoule, à grande proximité de cette dernière (à peu près de *5 à 10 centimètres*).

Il y avait par jour, en moyenne de *8 à 10 séances*, durant de *12 à 15 minutes*, pendant lesquelles la main n'était tenue à proximité du tube de Crookes que de *15 à 30 secondes* ; toutefois, elle n'en restait pas moins soumise à l'action de l'ampoule pendant la démonstration, à l'aide d'objets divers que l'on présentait successivement devant l'écran, et qui tous étaient maintenus par elle. Cette main se trouvait ainsi en supination par rapport à l'ampoule pendant toute la durée des séances.

Les accidents se sont produits dans l'ordre suivant :

Environ trois semaines après les premières expériences, la peau de la main exposée a commencé à donner une sensation de sécheresse et ses poils sont tombés.

Un mois plus tard, la desquamation a commencé vers la fin de septembre et au commencement d'octobre, des cannelures apparaissent sur les ongles; elles sont beaucoup plus prononcées à l'index et vont en diminuant jusqu'à l'auriculaire.

En novembre 1897, les démonstrations quotidiennes cessent, mais l'usage des rayons X est continué en tant que radiographie, pendant une *période de 5 mois*. Alors surviennent des symptômes plus graves dans l'ordre suivant :

Les ongles se ramollissent et tombent pour repousser à nouveau d'une façon irrégulière ; leur pourtour est le siège d'une inflammation douloureuse donnant une suppuration d'odeur fétide qui envahit la lunule, puis successivement toute l'étendue de l'ongle dont elle provoque la chute.

L'enflure augmente et, parallèlement, la douleur, au point d'interdire complètement l'usage de la main.

Les cheveux tombent en partie sur le côté droit de la tête, et les yeux souffrent de l'impression d'une vive lumière.

Pendant cette période, la main gauche supplée la main malade et présente à son tour des modifications semblables à celles qui ont été signalées au début.

Le traitement, suivi dès septembre, a consisté à enduire le dos de la main d'abord de vaseline puis de lanoline, puis encore d'un mélange d'axonge et de glycérine, sans qu'il y ait eu d'amélioration sensible et sans que la marche des accidents ait été enrayée.

En avril 1898, au conseil de revision, ces accidents sont considérés comme des brûlures, ne constituant pas un motif d'exemption.

De mai à novembre, très peu de pratique radiographique en raison même de la gravité des accidents qui pendant ce repos s'amendent : l'inflammation disparaît presque complètement.

Les ongles se cicatrisent, mais ne repoussent, ni à l'index, ni au médius, et sont difformes à l'annulaire et à l'auriculaire.

Pendant la durée du service militaire d'un an, de novembre 1898 à septembre 1899, l'amélioration persiste, on note seulement une déformation de l'extrémité des doigts, mais sans enflure et sans douleur ; la peau est particulièrement sensible au froid.

En janvier pourtant, une petite suppuration s'établit au niveau de la phalangette de l'index, et ne cède qu'au bout d'un mois et demi au traitement par l'iodoforme en poudre.

En septembre 1899, fin du service militaire sans autre accident, et état stationnaire jusqu'en mars 1900. Brusquement alors, une nouvelle ulcération se produit au niveau de la première articulation de l'index, à la suite de travaux manuels nécessitant l'usage d'un marteau. Cette deuxième phase dure *trois mois* avec inflammation, enflure, douleur et suppuration.

Il y a lieu de remarquer qu'à la suite de chaque inflammation des articulations, le mouvement de celles-ci est devenu presque impossible ; il en est encore ainsi actuellement.

En avril 1900, reprise des travaux radiographiques pendant une année, mais avec précaution et mesure.

En avril 1901, apparition, sur toute la surface dorsale de la main, de taches rouges qui s'effacent sous la pression du doigt ; elles existent encore actuellement.

En juin 1901, nouvelles altérations à l'articulation de la phalange et phalangine du médius de même nature que les précédentes.

En septembre 1901 et février 1902, malgré la suppression totale de tout travail radiographique, sans autre cause apparente que des travaux manuels un peu plus actifs (tels que montages électriques), deux nouvelles manifestations, toujours identiques aux précédentes, surviennent au niveau des articulations métacarpiennes de l'index et du médius; aujourd'hui, les ulcérations qui leur ont fait suite sont cicatrisées, mais les articulations intéressées restent comme ankylosées.

Ces lésions sont beaucoup plus prononcées à la main droite qu'à la main gauche.

Celle-ci est prise dans sa presque totalité. Le pouce et le métacarpien

correspondant, moins exposés aux effluves électriques, sont moins touchés. Le petit doigt et le métacarpien correspondant, plus malades que le pouce, sont cependant moins pris que les deux doigts du milieu. La peau y est sclérosée. Elle est lisse, sans rides. On ne voit plus, sur le médius et l'annulaire, les plis articulaires ; on les distingue à peine sur l'annulaire et le petit doigt.

Les doigts, surtout le médius et l'index, sont effilés ; leur circonférence est, sur tous les points de leur longueur, surtout à leur base, nettement diminuée. La main dans son ensemble a une apparence momifiée.

Sur cette peau sclérosée, sur cette main effilée, amincie, tranchent un très grand nombre de petites taches rouges : ce sont de fines arborisations, de teinte vineuse. Quelques-unes sont isolées ; la plupart se réunissent les unes aux autres, pour dessiner une sorte de lacis qui circonscrit dans ses mailles la pâleur de la peau sclérosée. Ces taches, très colorées, s'effacent par la pression, mais réapparaissent très vite après que la pression a cessé.

Les ongles ont participé aux altérations de la peau. Ceux du petit doigt, de l'annulaire et du pouce, sont cannelés ; ceux du médius et de l'index ont disparu. Il existe seulement à leur place un épaississement avec dureté marquée de la peau.

Il faut signaler, à cette main, un trouble fonctionnel des plus importants : La flexion de l'index et du médius y est absolument impossible ; celle de l'annulaire et du petit doigt est possible, mais limitée. Et cependant, les articulations paraissent saines, et les muscles fléchisseurs paraissent avoir conservé leur action. La flexion est limitée par la sclérose de la peau, devenue tout à fait inextensible.

La main gauche présente des lésions semblables à celles de la main droite, mais beaucoup plus limitées et moins graves. On n'y observe la sclérose de la peau et les taches qu'au niveau des deux dernières phalanges des doigts. Les ongles de l'annulaire et du petit doigt sont nettement cannelés. Les mouvements ne sont pas limités comme ils l'étaient à la main droite.

L'ensemble des altérations qui se sont développées chez M. A. P... est caractéristique.

Il s'agit surtout d'un processus sclérodermique avec dilatation et arborisation vasculaires, ulcérations, dystrophies unguéales et dépilation.

La sclérose cutanée entraîne un trouble considérable dans les fonctions de la main ; les mouvements de flexion sont presque annihilés dans les trois derniers doigts de la main la plus atteinte ; les dystrophies unguéales y sont très prononcées ; nous avons vu que plusieurs des ongles n'ont pas repoussé.

Les nombreuses dilatations et arborisations vasculaires, qui tranchent par leur coloration violacée sur la pâleur des parties voisines, indiquent un mode tout particulier d'irritation : ce sont elles surtout qui donnent aux altérations leur aspect pathognomonique.

Nous ferons remarquer enfin les nouvelles poussées phlegmasiques qui se sont à plusieurs reprises produites alors que M. A. P..., n'était plus soumis à l'action des rayons X; elles indiquent que le processus provoqué par cette action reste pendant longtemps en activité latente.

M. Barthélemy. — Sur ce malade, j'ai pu diagnostiquer la lésion et la cause instantanément et sans interrogatoire, tellement les symptômes objectifs sont caractéristiques. Je veux parler des taches rouges formées par la dilatation des capillaires sanguins, des veineux surtout, et de l'état de la peau qui, sans avoir jamais été ulcérée, est modifiée, collée aux os, de façon à former une véritable *sclérodémie expérimentale.* Cette altération est absolument identique à celle dont j'ai apporté ici l'observation, la photographie aquarellée et le moulage, en même temps que je vous montrais la malade. Or, cette lésion trophique s'était formée sur la peau du sein, malgré la mollesse des tissus de la région, comme elle s'est constituée sur la peau des doigts de la main, peau tendue sur les phalanges et autres os.

M. Oudin. — Ce qui est caractéristique et spécial à la lésion que M. Hallopeau vient de nous montrer, c'est la raideur articulaire allant presque jusqu'à l'ankylose et rappelant l'aspect de certaines arthropathies déformantes. M. Hallopeau vient de comparer ces lésions à celles de la sclérodermie. Je rappellerai que dans un travail antérieur j'ai déjà, à propos de la pathogénie des radiodermites, insisté sur cette analogie. La télangiectasie ponctuée, si apparente ici, est la règle autour des cicatrices anciennes de radiodermite. Elle apparaît très tardivement, mais ne manque presque jamais. A propos du traitement, je ferai remarquer que dans un cas de radiodermite grave. Apostoli s'est bien trouvé du souffle statique dont l'action vaso-constrictive me semble ici devoir être particulièrement favorable.

Deuxième note sur une nouvelle forme de néoplasie ulcéreuse de la région inguinale.

Par MM. Hallopeau et Rubens-Duval.

La première note publiée en collaboration avec M. E. Besnier dans le numéro de mars 1902 des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* montrait l'amélioration de cette affection sous l'influence des pansements au permanganate de potasse.

Voici le traitement que la malade a suivi depuis cette dernière publication.

Pendant 8 jours de suite, on applique en permanence, sur la région malade, de l'ouate hydrophile imprégnée d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 300, puis, pendant les deux ou trois jours qui suivent, on remplace le permanganate de potasse par des compresses d'eau biboratée, boriquée et salicylée.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration s'est progressivement accentuée.

Presque partout l'ulcération se tapisse d'îlots épidermiques. Ces îlots sont confluents et recouvrent en nappe les deux extrémités de l'ulcération. Ils se réunissent de même en une bande large de plus de 2 centimètres, tout le long de la lèvre abdominale de la néoplasie. La lèvre fémorale est encore rouge, légèrement saignante. A ce niveau, la surface ulcérée est irrégulière et granuleuse, mais au sommet des granulations et des bourgeons, on peut voir déjà de petits îlots épidermiques isolés, de la dimension d'une tête d'épingle, qui tranchent nettement par leur couleur blanche sur le fond rouge.

Ces formations épidermiques sont encore très minces et réduites à une simple pellicule blanche. Sur les bords de l'ulcération, ce nouvel épiderme se continue insensiblement avec celui de la peau saine qui entoure l'ulcération ; ces bords ne sont plus nets et taillés à pic comme autrefois.

Les points hémorrhagiques signalés précédemment ont totalement disparu.

Quant aux douleurs, elles ont beaucoup diminué d'intensité. Elles reparaissent encore assez vives au moment des pansements, mais, dans l'intervalle de ceux-ci, elles cessent complètement ou deviennent très tolérables.

L'évolution vers la guérison de cette singulière affection est d'autant plus à remarquer que l'examen histologique concluait à une néoplasie épithéliale.

Sur une ulcération nasale de nature probablement tuberculeuse.

Par MM. Hallopeau et Gadaud.

Ni les caractères cliniques, ni les recherches bactériologiques, ni l'expérimentation ne nous permettent jusqu'ici de porter sur cette altération un diagnostic ferme.

L'histoire de ce jeune homme peut être résumée ainsi qu'il suit :

Louis C..., 16 ans, charcutier, entre à l'hôpital le 23 juin 1902, pour une ulcération de la narine gauche.

L'affection a débuté en novembre dernier par un *coryza* à écoulement purulent, avec élimination de croûtes. Il attirait peu l'attention du malade qui, pendant quatre mois, et de son propre chef, s'est borné à quelques lavages d'eau phéniquée et à appliquer le soir un peu de vaseline. Au cinquième mois, a commencé à apparaître, dans la narine gauche, une ulcération qui s'est étendue depuis cette époque, et a acquis peu à peu les caractères qu'elle présente à l'heure actuelle.

Cette ulcération occupe les bords postérieur et gauche de la narine ; une petite partie du bord antérieur et le bord de la cloison sont respectés. Elle présente, dans son ensemble, la forme d'un croissant, dont la partie large descend un peu sur la lèvre supérieure ; elle s'y termine par un bord nette-

ment arrondi, convexe en bas, un peu mamelonné, nodulaire, surélevé ; elle remonte très haut dans la fosse nasale. Elle donne à la partie visible de cette cavité la forme d'un entonnoir qui se termine en haut par un orifice étroit, du diamètre d'une plume d'oie environ. La surface ulcérée est jaunâtre, croûteuse, suppurant peu, sans tendance au bourgeonnement. Au palper, on ne note absolument aucune induration de la partie malade.

L'ulcération s'accompagne d'une légère déformation nasale. La moitié gauche du nez est augmentée de volume, et il existe de ce fait une asymétrie de l'organe.

Il n'y a pas de douleur spontanée, mais la pression sur la surface ulcérée et sur la moitié gauche du nez est un peu douloureuse.

Les troubles fonctionnels sont presque nuls. Le malade n'observe aucune modification de son odorat.

La respiration se fait par les deux narines, plus facilement peut-être du côté gauche que du côté droit qui paraît présenter un certain degré de coryza chronique, d'ailleurs banal.

L'examen de la gorge ne montre qu'une très légère hypertrophie des amygdales.

Cette ulcération est la seule altération que présente le malade. Il a présenté, il est vrai, deux affections récentes, mais qui n'ont nul rapport avec l'affection nasale. Ce sont, 1° un panaris du pouce droit consécutif à une piqûre et dont on voit la cicatrice à la base du doigt ; 2° une affection douloureuse des pieds, manifestement un pied plat valgus.

L'examen des différents appareils ne présente rien d'important à noter.

Les *antécédents personnels et héréditaires* ne fournissent pas plus d'indications.

Trois hypothèses peuvent être surtout formulées relativement à la nature de cette altération : ce sont celles d'une syphilis, d'une infection farcino-morveuse, d'une tuberculose.

Il ne s'agit pas d'un chancre induré : d'une part, en effet, il n'y a pas d'induration ; d'autre part, il n'y a pas d'adénopathie de voisinage ; ajoutons qu'un chancre induré ne persiste généralement pas aussi longtemps et enfin que, s'il s'agissait d'une altération de cette nature, on observerait concurremment des manifestations secondaires.

Nous croyons pouvoir de même éliminer la farcinose : en effet, les cultures sur pomme de terre des produits d'exsudation n'ont pas donné les colonies caractéristiques de cette maladie et leur inoculation dans le péritoine de cobayes n'a pas provoqué la vaginalite aiguë qui est de règle en pareil cas.

Reste la possibilité d'une ulcération tuberculeuse : c'est cette interprétation qui nous paraît le plus vraisemblable, en raison des petites saillies nodulaires qui s'esquissent au bord inférieur de l'ulcération, bien qu'il n'existe aucun signe de tuberculose concomitante non plus que d'antécédents, soit personnels, soit héréditaires en faveur de cette maladie.

Les inoculations au cobaye nous permettront de savoir si nous sommes dans le vrai.

Sur les résultats du traitement par le radium d'un lupus verruqueux.

Par MM. HALLOPEAU et GADAUD.

Le traitement des lupus est en pleine rénovation ; à côté de la photothérapie, de la radiothérapie, du permanganate employé sous des formes diverses, vient aujourd'hui se placer le radium.

L'emploi de cette dernière substance, dont on est redevable à M. Danlos, est de date encore trop récente pour que l'on puisse en formuler la valeur thérapeutique.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter montre simultanément les améliorations très notables qu'elle peut amener en même temps que les inconvénients qui peuvent en résulter.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

J. S..., 66 ans, terrassier, entre le 21 juin au pavillon Bazin, dont il occupe le lit n° 83, pour deux ulcérations de la main droite, siégeant au niveau d'un lupus.

Le malade est déjà venu souvent depuis six ans se faire traiter à Saint-Louis pour son lupus. Il a été hospitalisé successivement dans les salles Cazenave, Saint-Louis, Bichat, Bazin. Il est atteint d'un lupus verruqueux dont les caractères se sont considérablement modifiés dans ces derniers temps. Les lésions occupent aujourd'hui la face dorsale des quatre doigts de la main et remontent sur le métacarpe jusqu'à la moitié de celui-ci. Elles descendent sur la face palmaire du médius et sur son bord externe dans leur quart supérieur; elles descendent aussi sur la face palmaire de l'index et sur son bord externe, qu'elles intéressent dans leur totalité. Après avoir été nettement verruqueux, le lupus est actuellement presque partout lisse, et cicatrisé. Il est donc très manifestement amélioré. Il existe cependant quelques points encore en activité, sur les deux premières phalanges du médius, sur la phalange de l'annulaire. On sent en ces régions les saillies des tubercules. — Les doigts restent notablement déformés; ils sont épaissis ; l'index du côté malade présente sur tous les points de sa longueur une circonférence dépassant de 1 centimètre les parties correspondantes de la circonférence de l'index sain, 7 centimètres au lieu de 6 au niveau de la phalange, 6 centimètres au lieu de 5 au niveau de la phalangette; les doigts sont rendus rigides par la sclérose dermique.

Le malade a subi depuis six ans des traitements multiples. Il a été traité successivement par des pansements au sublimé, des pointes de feu, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge, le permanganate de potasse, le radium.

Ces applications de radium ont été faites à la salle Bichat, dans le service

de M. Danlos. Le 29 décembre dernier, ce traitement est inauguré sur le médius. La substance y est laissée pendant 72 heures, et il en résulte une coloration persistante. Une ulcération apparaît 15 jours après l'application du radium.

Le 27 février, une autre application est faite sur l'index. La substance y est laissée pendant 120 heures. Elle détermine la production d'une perte de substance qui persiste encore aujourd'hui. C'est pour ces deux ulcérations que le malade vient se faire soigner dans notre service.

Sept autres applications de radium ont été faites pendant 24 heures. On n'en voit plus trace actuellement.

L'ulcération du médius, la première en date, est plus petite que l'ulcération de l'index. Elle intéresse la face externe de la phalangette du doigt. Elle est de forme irrégulièrement elliptique, à grand axe incliné à 45° sur l'axe du doigt. Ses dimensions sont environ celles d'une pièce de cinquante centimes. Ses bords sont lisses ; son fond est jaunâtre. Par places, on aperçoit un bourgeon charnu. L'ulcération est à peu près stationnaire depuis qu'elle existe; au dire du malade, elle tendrait même à augmenter un peu de dimensions (?)

L'autre ulcération occupe la face dorsale de la phalangine de l'index. Elle est notablement plus étendue que la précédente, régulièrement rectangulaire, à grand axe dirigé suivant celui du doigt. Ses bords sont très réguliers, dessinés comme à l'emporte-pièce, très adhérents. Le fond est jaunâtre, absolument lisse, sans tendance au bourgeonnement. Cette ulcération est profonde. Elle ne va pas jusqu'au tendon de l'extenseur, mais elle doit en être très peu éloignée. La plaie n'a jamais été plus profonde qu'elle ne l'est maintenant.

Ces lésions sont le siège de douleurs lancinantes.

Au point de vue fonctionnel, il existe dans la main malade un trouble important à signaler. Le mouvement de flexion des deux dernières phalanges sur les premières est absolument impossible. Ce trouble remonte au mois de mars ; le malade l'attribue aux applications de radium. Il est dû la sclérose de la peau qui, ayant perdu toute extensibilité, empêche tout mouvement.

Nous serons très obligés à M. Danlos de vouloir bien compléter les parties de l'histoire de ce malade auxquelles il a pu assister dans son service.

Si nous nous reportons au souvenir qu'il nous a laissé à la suite de ses précédents séjours prolongés dans notre service, ce qui frappe surtout, c'est l'amélioration très considérable et réellement surprenante que présente son lupus ; les saillies verruqueuses ont partout disparu ; il n'en reste pour ainsi dire pas traces ; elles ont été remplacées presque partout par une cicatrice lisse, de bon aspect.

Voilà donc un fait à l'actif de cette nouvelle médication et l'on ne peut en contester la grande valeur.

D'autre part, il y a une ombre au tableau, c'est la production des

deux ulcérations qui, depuis environ six mois, persistent chez ce malade consécutivement à l'application prolongée du radium; il est possible que la sclérose qui appartient à cette forme de lupus ait été pour une part dans leur production ; quoi qu'il en soit, elles montrent que, tout au moins dans cette forme de lupus, il ne faut pas prolonger outre mesure la durée des applications.

Il est un autre inconvénient que l'on peut reprocher à ce traitement; nous voulons parler de l'accentuation de la sclérose : notre malade est, à cet égard, des plus affirmatifs : il assure que c'est seulement depuis qu'il a été soumis à l'action du radium qu'il se trouve dans l'impossibilité de fléchir les doigts malades; cette assertion n'a rien que de vraisemblable, car, ce que l'on observe chez les malades qui pratiquent la radiographie, nous venons de vous en montrer un bel exemple, montre que ces actions lumineuses ont pour résultat le développement d'une sclérose des plus prononcées; il faudra donc faire la part, dans l'emploi de cette substance, de cette puissance sclérogène.

Quoi qu'il en soit, l'emploi thérapeutique du radium paraît devoir donner des résultats d'une grande importance et l'on doit savoir le plus grand gré à M. Danlos de l'avoir inauguré.

M. Danlos. — Il s'agit là d'un lupus scléro-verruqueux rebelle, plusieurs fois gratté sans grand succès dans plusieurs services, et notamment une fois dans le mien. Quand le malade est entré dans ma salle en novembre dernier, le lupus était beaucoup plus étendu qu'aujourd'hui. Une plaque de radium d'activité 19000 (estimation par la méthode de M. Curie) a été mise en usage chez lui à l'exclusion de tout autre traitement actif. Cinq applications ont été faites.

1901. 2 décembre, 24 heures. — Bord cubital du dos de la main. L'ulcération produite était cicatrisée le 1er janvier.

5 décembre, 36 heures. — Dos de la première phalange de l'index. Ulcération fermée le 26 janvier.

29 décembre, 72 heures. — Dos du médius droit, début de l'ulcération le 12 janvier ; l'évolution ultérieure n'est pas indiquée. Aujourd'hui, en tout cas, cette ulcération est fermée car le dos du médius ne présente que du tissu cicatriciel.

1902. 20 février, 96 heures. — Sur le petit doigt. Ulcération et phlyctènes dès le 27. Pas de renseignements ultérieurs. Cette ulcération a toutefois guéri puisque le petit doigt ne présente aujourd'hui sur toute son étendue que du tissu cicatriciel.

27 février. 120 heures. — Sur l'index, en avant du point d'application antérieur. Je n'ai aucun renseignement sur l'évolution car le malade a quitté le service quelques jours après; toutefois il n'est pas douteux que l'ulcération montrée par M. Hallopeau ne soit la suite de cette dernière application. La forme quadrangulaire de l'ulcère reproduit bien nettement celle de la plaque de radium. La question est de savoir pourquoi l'ulcération a

pris l'apparence qu'elle offre aujourd'hui. Toujours j'ai vu les ulcérations du radium très superficielles et celle-ci très profonde paraît dépasser sur quelques points l'épaisseur du derme. Faut-il invoquer l'infection de la plaie; l'état scléreux du doigt depuis longtemps frappé de lupus? Une réponse péremptoire est difficile à donner; mais j'admets en outre très bien que l'application du radium a été ici trop prolongée. Cette constatation faite, je dois faire remarquer que ce malade, atteint d'un lupus rebelle, a toutefois tiré un bénéfice très réel des autres applications car sa main, ulcère à part, est en bien meilleur état qu'à son entrée dans mon service. Le radium me paraît l'avoir plus modifiée que tous les grattages antérieurs. De la raideur et des douleurs, je ne dirai rien sinon que tout cela existait déjà quand le malade est entré.

M. Du Castel. — Bien que l'application de radium sur l'index date du 27 février, je crois bien que l'ulcération s'est encore étendue dans ces dernières semaines; mais il faut tenir compte qu'il s'agit là d'un terrain déplorable, car ce lupus dure depuis des années et a résisté à tous les traitements, y compris des grattages multiples.

M. Barthélemy. — Je ne suis pas surpris de voir l'étendue de cette ulcération, car le radium doit être manié avec grande précaution comme tout corps dont les propriétés sont encore mal connues, mais je crois pouvoir rapprocher cette lésion de celles des rayons X, en ce sens que cette ulcération est extrêmement longue à guérir. Il semble qu'aucune modification vers le mieux ne se soit formée d'un mois à l'autre et il me semble qu'il se passera encore longtemps avant que la guérison soit obtenue. J'ai observé que, dans ces cas, c'étaient les procédés de douceur, c'est-à-dire les topiques doux qui réussissaient le mieux; car la peau, qui est le siège de troubles trophiques, tolère mal les substances irritantes, mais ce qui me frappe le plus c'est leur évolution successive mais pourtant d'intensité décroissante, qui est en effet la caractéristique des plaies de cette nature; on croit que cela va se terminer et une nouvelle ulcération apparaît in situ.

Quatre cas de lupus traités comparativement par le radium et par d'autres procédés.

Par M. Danlos.

Deux plaques de radium ont été employées, l'une d'activité 2 500, l'autre d'activité 19 000. La durée des applications a varié de vingt-quatre à trente-six heures.

Premier malade. — Homme de 50 ans, atteint d'un lupus tuberculeux symétriquement étendu sur le nez et la totalité des deux joues. Ce lupus a été traité par les procédés ordinaires, scarifications et surtout pointes de feu. Sur deux points seulement la plaque de radium 19 000 a été appliquée une seule fois pendant 36 heures. Aujourd'hui le lupus est sinon guéri partout, du moins considérablement modifié, mais le contraste entre les points traités par le radium et ceux traités par les procédés ordinaires

est frappant. Sous le radium, cicatrice absolument lisse, mince, superficielle ; partout ailleurs, aspect gonflé réticulé habituel.

Deuxième malade. — C'est la malade n° 1 de ma communication de juin dernier, celle qui a motivé les observations de MM. Leredde et Chatin et que j'avais promis de représenter.

Les ulcérations radiales se sont cicatrisées plus vite que je ne pensais. On peut constater que les cicatrices sont absolument lisses et pour le moment exemptes de tubercules de récidive, alors que partout ailleurs aux limites du mal, même sur les points photothérapiés, se voient des tubercules en activité. Je crois toutefois, que la modification du derme n'a pas été assez profonde. La malade pense que la rapidité de cicatrisation est due à des applications de feuilles de plantain. Tout en émettant à ce sujet quelques réserves, je ne serais pas surpris qu'elle eût raison, car ce mode de pansement a réussi remarquablement à un autre malade du service.

Troisième malade. — Présentée à la Société, séance de février 1902, sous le titre : *Tuberculose cutanée en foyers multiples avec alopécie péladiforme*, à propos de laquelle M. Besnier avait fait l'observation suivante : dans ce cas l'intérêt pratique est dans la question du traitement. — J'ai mis à exécution mon projet et pratiqué sous le chloroforme le grattage de tous les foyers suivi d'une énergique cautérisation au chlorure de zinc. La guérison a été très lente, car les surfaces grattées étaient extrêmement étendues. Aujourd'hui la cicatrisation est partout complète ; mais les cicatrices sont encore rouges, ce qui ne permet pas de dire s'il y aura ou non des points de récidive. Beaucoup de ces cicatrices sont en outre chéloïdiennes.

Un fait assez curieux s'est produit au cours de la cicatrisation. A plusieurs reprises sur les points déjà cicatrisés et chéloïdiens saillants, à la suite peut-être de frottement, des bulles superficielles, laissant à leur suite des exulcérations à évolution régressive très lente, se sont produites. Cette exulcération bulleuse des cicatrices succède vraisemblablement à un traumatisme très léger ; je l'ai observée à plusieurs reprises et ne crois pas qu'elle soit décrite. Je ferai observer à propos de cette malade que malgré le temps considérable, quatre mois, qu'a demandé la guérison, ce temps est encore infiniment plus court que celui qu'aurait exigé la photothérapie. Deux points seulement ont été soumis au radium.

La plaque de radium étant beaucoup plus petite que la surface morbide au centre de laquelle on l'appliquait, le reste de celle-ci a été traité par grattage et cautérisation au chlorure de zinc. Le contraste ici encore est saisissant. Sous le radium, plaque blanche lisse, unie ; autour, bourrelet chéloïdien considérable.

Quatrième malade. — Traitée et guérie depuis un an sans récidive par mon procédé des couples. Le lupus avait détruit la partie inférieure de l'oreille gauche et envahi la joue gauche jusqu'au cou dans sa totalité.

L'application des couples a déterminé, en deux mois et demi, la guérison complète, du moins jusqu'à ce jour.

La cicatrice, sauf une bande chéloïdienne à la partie moyenne, est lisse, unie et souple. Ce résultat n'aurait pu être obtenu avec la photothérapie qu'après plusieurs centaines de séances. Quelques nodules aberrants près de l'œil ont été traités par application de radium (plaque 2500). Ici encore

la cicatrice est remarquablement lisse et superficielle, plus même que sur les points traités par les couples, et jusqu'à présent il ne paraît pas devoir se produire de récidive.

Résumant à propos de ces cas mon opinion sur l'emploi du radium, je crois pouvoir prédire à ce métal, quand les progrès de la chimie en rendront le prix abordable, un grand avenir en dermothérapie. Le lupus érythémateux ou tuberculeux, l'hypertrichose, peut-être les cancroïdes superficiels, les nævi, etc., seront justiciables de son emploi.

Avec les échantillons peu actifs 1000-1800 dont j'ai fait usage dans mes premiers essais, les résultats immédiats ont été favorables; mais les récidives assez promptes. Avec les plaques 2500, 19000 les guérisons, témoins les cas de mes derniers malades, ont été plus satisfaisantes, et il est à croire qu'avec une activité plus grande on obtiendrait mieux encore. D'après les indications que m'a fournies M. Curie, l'activité pourrait vraisemblablement être portée à 1500000. Cette radio-activité croissante permet de prévoir pour l'emploi du radium un procédé bien supérieur à celui suivi jusqu'ici. Avec les plaques faibles, nécessitant une application prolongée, il est difficile d'apprécier le temps nécessaire pour obtenir un effet modificateur. On arrive pour ainsi dire nécessairement à l'ulcération et il se peut, d'ailleurs, que celle-ci soit nécessaire. On conçoit cependant qu'il soit possible et partant théoriquement préférable d'obtenir des effets modificateurs sans ulcération du derme. Avec les grandes intensités (au-dessus de 30000 par exemple et des applications très courtes) on pourrait vraisemblablement modifier sans ulcération la vitalité du derme et peut-être détruire les germes morbides. De sorte que dès à présent deux méthodes semblent possibles dans la thérapeutique par le radium : 1° la méthode des séances courtes et répétées, ou méthode sèche ; 2° la méthode des applications prolongées ou méthode ulcéreuse. L'avenir seul pourra nous dire si l'une est réellement préférable à l'autre ; ou si chacune d'elles a ses applications spéciales.

Provisoirement je me contenterai de rappeler à ceux de nos confrères qui voudraient répéter mes essais, que s'ils se servent d'intensités aussi fortes que celles dont j'ai fait usage en dernier lieu, 19000, il sera bon de ne pas prolonger trop les applications.

Le cas de M. Hallopeau, montre qu'en maintenant pendant cent vingt heures la plaque 19000 sur des tissus scléreux on s'expose à déterminer des ulcères de guérison difficile. Par guérison difficile, j'entends celle qui demande plus de trois mois; car il faut bien savoir qu'en général les ulcérations produites par le radium comme celles des rayons X sont généralement très lentes à guérir. Jusqu'à

présent ces ulcérations, celles du moins dont j'ai pu suivre l'évolution, ont toujours été très superficielles et voici généralement ce que l'on observe, après une application de vingt-quatre à trente-six heures (en plaque 19 000 ou 2 500). Tout d'abord un peu de rougeur ou même rien ; puis après un temps variant de six à quinze ou vingt jours suivant l'état antérieur de la peau ; l'épiderme, sous la partie qui a subi l'application et dans une étendue qui ne dépasse guère celle de la plaque, prend un aspect macéré, blanchâtre et tombe. Souvent aussi il se fait une phlyctène flasque. Celle-ci déchirée, l'ulcération se complète en quelques jours. Nous l'avons toujours vue très superficielle ; mais sa sécrétion est assez abondante. Avec les intensités radiantes faibles, il n'y a pas de sensations morbides particulières. Après des applications prolongées de plaques fortes (trente-six, quarante-huit heures, 19 000) et particulièrement à la face, il peut se développer des douleurs. Une infirmière de notre service atteinte de lupus érythémateux a présenté dans ces conditions des crises douloureuses, survenant particulièrement la nuit, et assez pénibles pour empêcher le sommeil. La sensation éprouvée était un mélange pénible de cuissons, d'élancements et de démangeaisons. Ces crises se sont prolongées à intervalles irréguliers pendant plus de deux mois. Elles étaient calmées par l'emploi de l'antipyrine. Chez cette malade, ces crises, il est vrai, ne se sont produites que consécutivement à une lymphangite par infection des ulcères ; nous pensons toutefois qu'il y a lieu pour leur production d'incriminer le radium.

Les rayons émanant des plaques semblent, en effet, un mélange de rayons cathodiques et de rayons X. Or, ces derniers ont déterminé plusieurs fois des douleurs semblables. Il y a donc lieu d'attribuer ces crises douloureuses aux rayons X émis par le radium. Aussi fera-t-on bien avec des plaques radio-actives fortes, de se mettre en garde contre cet effet secondaire, c'est-à-dire de multiplier les séances en diminuant leur durée.

M. Oudin. — Les radiations des substances radio-actives sont très complexes. Elles sont formées par un mélange de rayons cathodiques et de rayons X; les rayons cathodiques l'emportant beaucoup en nombre sur les rayons X. Or, quelle est leur action physiologique, c'est ce que nous ignorons encore complètement. On peut supposer qu'elle est intermédiaire entre celle de l'ultra-violet et celle des rayons X, mais ce n'est qu'une supposition.

Il faudrait, pour savoir ce qu'on fait, pouvoir isoler les radiations les unes des autres, et ce n'est pas facile. La seule bonne méthode serait l'aimant qui dévie les rayons cathodiques et non les rayons X ; mais où le placer quand la plaque radio-active est en contact avec la peau ? Reste le moyen insuffisant d'interposition de lames métalliques d'aluminium qui arrêteront plus de rayons cathodiques que de rayons X.

Ce qu'il nous faut surtout retenir de la très intéressante communication de M. Danlos, c'est la grande analogie des lésions du radium et des rayons X, et le fait que la profondeur et la gravité des lésions sont fonction du temps d'exposition, pour un même échantillon de radium. Or, comme vient de le faire très exactement remarquer M. Danlos, le but que nous devons chercher à remplir n'est pas d'obtenir la guérison de lésions par la cicatrisation d'ulcérations, mais de nous tenir en deçà des ulcérations et d'utiliser les propriétés pour ainsi dire spécifiques des nouvelles radiations sur les tissus morbides. Et avec les substances radio-actives nous sommes loin de compte. Outre leur rareté et leur prix très élevé, nous nous heurtons à cette difficulté que pas un échantillon ne ressemble à un autre; et, étant donné un nouvel échantillon quelconque, ce n'est qu'après avoir produit avec lui une première ulcération que nous saurons à peu près comment en éviter d'autres.

Je ferai aussi remarquer que toutes les régions ne semblent pas réagir de la même façon aux substances radio-actives. Ayant exposé pendant le même temps, 20 minutes, différentes régions de la peau de cobayes aux radiations d'une substance très active : un cinquième de radium, pour 4 cinquièmes de baryum, que je devais à l'extrême obligeance de M. Curie, j'ai eu, un mois après, de l'alopécie des paupières chez deux animaux, alors que les autres régions exposées, cuisse, talon, ne présentent pas trace d'altération aujourd'hui, c'est-à-dire plus de 2 mois après l'exposition.

M. Brocq. — J'appelle l'attention de la Société sur la présentation très intéressante de M. Danlos. Les résultats qu'il nous montre sont vraiment excellents et les cicatrices aussi belles que celles qu'on obtient par la photothérapie ou les scarifications. Le traitement par le radium s'annonce donc comme une méthode pleine de promesses et nous ne pouvons que féliciter M. Danlos de son initiative et l'engager à poursuivre ses recherches.

Sur un cas de molluscum contagiosum en traînée linéaire.

Par MM. Hallopeau et Rubens-Duval.

MM. Balzer et Alquier ont attiré récemment l'attention dans une très intéressante publication, sur les dermatoses linéaires : ils se sont occupés exclusivement de celles que l'on est en droit de rapporter à un trouble tropho-névrotique.

Il en est d'autre origine qui méritent également l'attention ; nous ne ferons que rappeler celles que l'on observe dans la phthiriase et qui paraissent dues à une action mécanique et sans doute aussi toxinique. Chez l'enfant que nous avons l'honneur de vous présenter, nous avons affaire encore à un autre mode de production ; en toute évidence, il s'est agi là d'auto-inoculations.

L'histoire de cette dermatose peut être résumée ainsi qu'il suit :

Berthe B..., âgée de 8 ans, présente sur le front, sur le menton et sur la lèvre inférieure des éléments caractéristiques de molluscum contagiosum.

Leur volume qui est d'une grosse tête d'épingle, leur insertion sessile sur la peau saine, l'ombilication de leur sommet, la masse granuleuse qui s'y fait jour, leur aspect translucide, leur consistance dure, résistante, comme cornée ne peuvent laisser de doute relativement au diagnostic. Il a été confirmé par l'examen microscopique qui a montré, dans la masse centrale de ces éléments, l'existence des corpuscules ovoïdes, caractéristiques du molluscum.

Sur le front de la malade existe une traînée linéaire suivant laquelle se sont disposés les éléments du molluscum contagiosum. Cette traînée commence au niveau de la partie supérieure gauche du front et se dirige obliquement, mais en ligne droite, en bas et en dedans vers la ligne médiane. Elle se termine au niveau de l'espace intersourcilier.

Aux deux extrémités de cette traînée linéaire les éléments sont confluents et forment par leur réunion une petite bande saillante et allongée. A la partie moyenne de la traînée, les éléments sont restés indépendants les uns des autres et forment deux petites saillies acuminées.

Sur le reste du front, sur la lèvre inférieure se trouvent d'autres éléments disséminés de molluscum contagiosum, mais leur disposition ne présente rien de particulier.

Cette disposition en traînée linéaire des éléments de molluscum est due en toute évidence à des auto-inoculations, car c'est vraisemblablement l'ongle chargé du contage qui l'a ainsi déposé et inoculé dans le sillon qu'il creusait dans l'épiderme, comme l'ont fait Vidal, Nobl et d'autres auteurs dans leurs expériences.

L'aspect et la disposition de cette traînée offrent une frappante analogie avec ce que l'on observe dans le lichen de Wilson : là aussi, on voit se produire des traînées linéaires d'éléments papuleux ; on ne peut nier, il nous semble, qu'il y ait là un argument d'une grande valeur en faveur de la nature parasitaire de cette dermatose.

En ce qui concerne le molluscum, ces faits, ainsi que les inoculations positives, sont en faveur de la présence d'un parasite dans le magma caractéristique de cette dermatose : c'est évidemment dans ses grandes cellules, différentes par leurs caractères de tous les éléments connus, qu'il faut le chercher.

Pelade droite avec hémi-hyperesthésie névro-musculaire gauche.

Par M. Jacquet.

J'ai publié un certain nombre de faits où j'ai vu, du même côté qu'une pelade liée à l'évolution ou à la lésion dentaire, une hémi-hyperestésie névro-musculaire plus ou moins complète.

Voici, chez un enfant de 10 ans, un cas de pelade, localisée à *droite;* liée probablement à l'évolution actuelle de quelques dents

du côté *droit*, évolution qui est terminée à gauche depuis longtemps.

Or, il existe chez cet enfant une hémi-hyperesthésie névro-musculaire complète et parfaitement systématisée de tout le côté *gauche*.

A quoi tient-elle?

Cet enfant, à deux reprises antérieures, a été atteint de lésions broncho-pulmonaires à *gauche*, et c'est là une cause positive d'hémi-hyperesthésie.

Mais de plus, il a souffert aussi d'une otorrhée *gauche* accompagnée de douleurs violentes et M. Lubet-Barbon a trouvé la trace d'une perforation du tympan *gauche*. Pendant fort longtemps, à la suite, cet enfant a souffert *vivement* à *gauche*, chaque fois qu'il se mouchait. Cette douleur a disparu seulement depuis quelques semaines.

J'attribue l'hémi-hyperesthésie à ces diverses lésions.

M. Moty. — Le malade que M. Jacquet veut bien nous présenter est évidemment un nerveux et c'est, selon nous, à son nervosisme que doivent être attribués la plupart des symptômes qu'il présente. Je crains que sa pelade ne soit très rebelle.

L'examen des bourses de cet enfant fait remarquer une élévation prononcée du testicule gauche, signe assez fréquent des hystéries graves chez les jeunes gens.

M. Barthélemy. — Le petit malade est manifestement un nerveux; il a les yeux particulièrement brillants et je ne serais pas surpris qu'il fût hystérique. En tout cas, je ne suis pas surpris, que, nerveux comme il l'est, il ait été atteint de névralgies variées, voire même d'hyperesthésie à la suite de l'infection grippale qui a été signalée.

La grippe, en effet, ou influenza est une infection générale, à manifestations d'ailleurs récidivantes, qui se porte sur les points faibles de l'organisme et revivifie toutes ses tares latentes ou assoupies.

Il me semble que le tempérament nerveux de ce jeune sujet constitue un terrain particulièrement favorable pour le développement du contage peladogène. Il faut tenir compte des conditions les plus favorables à l'apparition de la pelade, pour moi toujours de nature contagieuse, bien que le parasite en reste encore inconnu comme dans la scarlatine ou l'épithéliome. On ne fait pas à volonté une pneumonie ou une diphtérie.

Or, parmi ces conditions, il ne faut pas négliger certaines particularités individuelles telles que la fragilité, la vulnérabilité, la finesse, le peu de résistance de telle ou telle nature de cheveux; il y a lieu aussi de tenir compte de l'abondance des pellicules préexistantes à l'apparition de la pelade. Il me semble que ce sont toutes ces conditions que les recherches de M. Jacquet nous ont appris à apprécier à leur plus juste valeur. Mais pour ma part, je ne suis pas surpris que la pelade se montre du côté opposé aux troubles de la sensibilité, puisque, jusqu'à plus ample informé, je ne crois pas que la vraie cause de la pelade relève de troubles trophonévrotiques. J'ai en observation trop de malades ayant les plus mauvaises dents,

ébréchées, friables, cariées, personnes auxquelles il ne manque pas un cheveu (bien qu'elles soient exposées à la contagion peladique), et ces personnes n'ont pas de pelade tout simplement parce qu'elles ont des cheveux solides et résistants ; d'autre part, j'ai trop de peladiques qui ont des dents excellentes et des gencives irréprochables pour croire à l'origine dentaire de ce mal.

J'ai encore deux malades actuellement sous les yeux qui sont en pareil cas et qui ont des pelades du sommet de la tête, sur le vertex, pelade médiane, étendue, intensive ; je ne traite ces malades que depuis plusieurs mois, mais leur pelade, qui a déjà résisté aux soins de plusieurs d'entre nous et qui résistera peut-être aux miens, est tenace, récidivante (on croit l'avoir guérie, elle reparaît, toujours d'ailleurs dans la même région du sommet du crâne) ; or, chez ces deux personnes, gencives et dents sont excellentes, je le répète ; mais, si elles laissaient à désirer, il faudrait que les dents malades fussent bien nombreuses pour donner lieu à des pelades si intensives et installées d'une manière si tenace en pleine région médiane.

Pelade familiale chez une névropathe.

Par M. Du Castel.

Alice R..., 50 ans, porte une plaque de pelade jeune plus grande qu'une pièce de 2 francs, derrière l'oreille gauche.

Début, il y a 15 jours, le 15 juin 1902, à la suite d'une grande inquiétude (maladie grave de sa mère) et de contrariétés vives.

Ces événements ont précédé de 8 jours l'apparition de la plaque.

Antécédents personnels. — Malade très nerveuse, eut autrefois de nombreuses syncopes. Pas de crises nerveuses vraies, dit-elle, mais surexcitation, grande impressionnabilité, sensibilité exagérée, pleurs sans raison, sensation de boule dans la gorge.

La malade a eu des névralgies très accusées depuis longtemps.

Il y a 15 ans. *Névralgies faciales* très intenses à la suite desquelles on a enlevé 4 dents à la mâchoire supérieure et plusieurs molaires.

En outre, elle a de l'*hyperhydrose* localisée à la moitié gauche de la face et de la tête. Pas de transpiration aux mains, au tronc, ni aux pieds.

Elle n'a plus de douleurs névralgiques actuellement. N'a jamais eu de migraines véritables.

Actuellement, la malade porte une pièce dentaire artificielle au maxillaire supérieur, pièce composée de 10 dents.

Il manque 6 molaires à la mâchoire inférieure.

Elle a toujours eu, dit-elle, de mauvaises dents, et n'en souffre pas plus maintenant, au contraire.

A la palpation des points d'émergence du trijumeau, *sensibilité très nette* et réaction douloureuse : Au point sus-orbitaire, à l'émergence du maxillaire supérieur et à celle du maxillaire inférieur, *seulement du côté gauche*.

Pas d'épistaxis.

Diminution de la vue et de l'ouïe, mais pas plus d'un côté que de l'autre.

La malade ne tousse pas, et à part le nervosisme, ne se plaint d'aucune maladie organique.

Il me paraît intéressant de voir une pelade survenir chez notre malade à la suite d'une forte secousse morale alors que Mme R... présente des névralgies, des hyperhidroses unilatérales, du côté où la pelade survient. Notons, pour la satisfaction de M. Jacquet, que la malade a un passé dentaire assez spécial. Autre fait intéressant, un fils a été autrefois peladique.

Le fils de la malade, âgé de 26 ans, a été soigné il y a 6 ans, à 20 ans, au pavillon Gabrielle pour une pelade intense.

Il portait, dit-il, 7 plaques peladiques, non confluentes, sur le cuir chevelu, et fut guéri en 14 mois environ. Il n'a jamais eu de récidives depuis lors. Le *début* de cette pelade se fit à la suite d'une discussion vive avec un contre-maître d'usine ; cette discussion aurait bouleversé le malade, également très nerveux. Une quinzaine de jours environ après cette discussion, on s'aperçut de l'existence d'une place dénudée dans les cheveux.

A ce moment, le malade avait une dentition très défectueuse. Depuis plus d'un an, il avait des crises douloureuses dentaires très fréquentes ; il lui manquait au moins dix dents à l'âge de 20 ans.

Le malade a eu des antécédents strumeux dans l'enfance. Gourme prolongée jusqu'à 5 ou 6 ans.

Maintenant, le malade dit se bien porter, ne tousse pas, est seulement extrêmement nerveux.

Pas de sensibilité aux points faciaux. (Il est guéri depuis 6 ans de sa pelade.)

Calvitie arthritique déjà assez marquée.

Quand le malade eut la pelade, il y a 6 ans, sa famille ne connaissant pas cette maladie ne prit aucune précaution contre la contagion possible pendant 3 mois (5 personnes se servaient des mêmes peignes et brosses dans le même cabinet de toilette). Il n'y eut aucun cas de contagion. Le malade, qui vivait chez lui au moment où il contracta la pelade, ne connaissait aucune personne atteinte antérieurement.

Il en a été de même pour la mère qui ne connaît pas actuellement de personne peladique. (Observation recueillie par M. Blondin, interne du service.)

Chancres mous des doigts et de la main. Procédé de coloration rapide du bacille de Ducrey.

Par M. Queyrat.

Le malade que je présente à la Société de dermatologie est atteint de chancre mou de l'index gauche.

Ce garçon, âgé de 21 ans, coiffeur de son état, est entré dans mon service, à l'hôpital Cochin, le 18 du mois dernier, pour des chancres mous disposés

en couronne sur le limbe et dont le début remonte au 29 mai. En même temps que ses chancres préputiaux, il présentait, le jour où il est venu à la consultation, une ulcération ovalaire, ayant à peu près la forme et les dimensions d'une amande et siégeant au niveau de l'articulation phalangetto-phalanginienne de l'index gauche. Les bords en étaient rouges et anfractueux, le fond grisâtre; au pourtour la peau était infiltrée, violacée, douloureuse, il existait de l'œdème de la face dorsale de la main, un ganglion épitrochléen et un ganglion axillaire très volumineux et douloureux.

Je fis le diagnostic de chancre mou de l'index, et lorsque j'interrogeai le malade pour savoir comment l'ulcération s'était produite, il me raconta que le 8 juin (les chancres mous du limbe s'étaient montrés le 29 mai) il s'était fait une légère coupure avec un rasoir au niveau de la troisième phalange de l'index gauche; cette petite plaie semblait devoir se cicatriser par première intention lorsque le 14 juin, six jours après, elle se rouvrit, se mit à suppurer abondamment et se transforma en l'ulcération que je viens de décrire.

Cette évolution corroborait le diagnostic clinique que confirma le lendemain l'examen microbiologique en montrant dans le pus de l'ulcération digitale de nombreux bacilles de Ducrey. Pour faire la démonstration aussi complète que possible, je joignis à la preuve microbiologique la preuve expérimentale et fis une inoculation au bras gauche du malade avec le pus de l'ulcération du doigt. Quatre jours après, au point inoculé, s'était formée une pustule contenant, elle aussi, des bacilles de Ducrey.

L'ulcération digitale de notre malade était donc, à n'en pas douter, un chancre mou.

Les chancres mous des doigts et de la main sont assez rares, tellement que M. Druelle, qui vient de faire sur ce sujet un mémoire encore inédit, n'a pu en trouver dans la science que cinquante observations. Moi-même, depuis que je suis à l'hôpital Ricord-Cochin, sur plus de quinze cents cas de chancres mous, que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai vu que cinq cas de chancres mous des doigts ou de la main.

Voici les quatre autres observations : deux de ces malades ont été moulés et je vous présente ces moulages intéressants à plus d'un titre.

Obs. II. — Louis L..., 38 ans, boulanger, entré le 3 mai 1899, à l'hôpital Ricord, salle 7, n° 6.

A 18 et 33 ans, blennorrhagies guéries, l'une et l'autre, sans complications.

Il y a 5 ans, syphilis diagnostiquée et traitée à l'hôpital Ricord, par M. Mauriac.

Il y a un mois, dix jours après un rapport sexuel, apparition au niveau du frein d'une ulcération qui a aujourd'hui les dimensions d'une grosse lentille; elle est d'aspect grisâtre, peu douloureuse, elle a détruit le filet. Depuis huit jours de nouvelles ulcérations se sont produites autour de la première, sur le gland et le prépuce. Elles ont approximativement les dimensions d'un

grain de chènevis. Aucune ne présente d'induration ni même d'infiltration sous-jacente. Pas de retentissement ganglionnaire.

Le malade, au moment où s'est montré le premier chancre mou, avait une petite écorchure sur la face dorsale de la deuxième phalange de l'index droit; dix jours après l'apparition du chancre il a vu la plaie du doigt s'agrandir, et survenir dans ce doigt des douleurs tellement vives qu'elles l'empêchaient de dormir.

L'ulcération digitale, située sur le milieu de la face dorsale de la deuxième phalange de l'index droit, mesure 1 centimètre et demi de long sur 1 centimètre de large; elle est irrégulièrement ovalaire, le fond en est d'un gris jaunâtre, les bords sont nets, légèrement violacés, elle est douloureuse, sans aucune induration; il existe de l'œdème du doigt et de la face dorsale de la main. Notons, d'autre part, que l'os sous-jacent est notablement augmenté de volume; les mouvements du doigt sont très gênés et le malade ne peut même pas le fléchir à demi. Le ganglion épitrochléen correspondant est très augmenté de volume (il atteint la grosseur d'une noisette); à son niveau la peau est légèrement rouge, la pression douloureuse; pas d'adénopathie axillaire.

Diagnostic: Chancre mou de l'index. Examiné, le pus de l'ulcération digitale présente des bacilles de Ducrey; inoculé le 5 mai, aux deux bras, il donne au bout de quatre jours aux deux bras une pustule caractéristique avec nombreux bacilles de Ducrey.

Obs. III. — Alphonse G..., 20 ans, garçon marchand de vins, entré à l'hôpital Ricord, le 10 janvier 1900.

Blennorrhagie secondaire, de 15 jours; nombreux gonocoques; de plus, depuis 3 ou 4 jours, il a constaté l'existence de deux petites ulcérations, l'une au niveau de la commissure supérieure, l'autre au niveau de la commissure inférieure du méat. Ces ulcérations irrégulières à fond grisâtre ont les dimensions d'une tête d'épingle; le gland est rouge, douloureux; légère adénopathie inguinale à gauche.

D'autre part, le malade présente au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, une ulcération ayant les dimensions d'un centime, cratériforme, à fond grisâtre, à contours violacés, un peu douloureuse; elle a débuté il y a 15 jours par *un petit mal blanc*; le ganglion épitrochléen correspondant est appréciable mais n'est pas très augmenté de volume; rien dans l'aisselle. L'examen microbiologique montre la présence du bacille de Ducrey et dans les ulcérations du méat et dans celles de la main.

Inoculation, le même jour, du pus de l'ulcération de la main au bras gauche et du pus des ulcérations balaniques au bras droit. Quatre jours après — ainsi qu'on peut le voir sur ces moulages — les deux inoculations avaient eu chacun comme résultat la production d'un chancre mou; dans ces deux ulcérations je trouvai des bacilles de Ducrey.

Obs. IV. — François M..., 54 ans, porteur, entré dans mon service le 28 juin 1902.

Aucun antécédent cypridologique. Depuis 5 semaines 4 chancres mous du limbe et du fourreau; 3 autres sur le gland datant de 3 semaines.

De plus, depuis 15 jours, au niveau de l'articulation métacarpo-phalan-

gienne du pouce droit, apparition d'une ulcération ayant les dimensions d'une lentille, grisâtre, à fond tomenteux, entourée d'une large zone inflammatoire d'un rouge violacé ; l'ulcération est recouverte de croûtes noirâtres sous lesquelles on trouve du pus et dans ce pus l'examen microscopique décèle la présence d'un grand nombre de bacilles de Ducrey ; on en trouve également en quantité dans les ulcérations de la verge.

Obs. V. — L..., 26 ans, journalier, entré dans mon service à l'hôpital Ricord le 12 août 1900.

Sur le prépuce plusieurs chancres mous datant de 2 mois, — l'un d'eux a détruit le frein. A l'examen, bacilles de Ducrey.

En outre, le malade présente au niveau de l'articulation métocarpo-phalangienne du médius droit (face palmaire), une ulcération presque complètement cicatrisée, mais ayant suppuré pendant 1 mois et demi et ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; au pourtour la peau est encore violacée et peu infiltrée, le ganglion épitrochléen correspondant est hypertrophié et un peu douloureux.

Le malade explique d'une façon très nette qu'il existait une érosion à la base de son médius droit et que pendant qu'il pansait ses chancres préputiaux, le pus, tombant sur la petite plaie, l'avait, comme il dit, *envenimée*.

Bien que nous n'ayons pu faire, dans ce cas, — l'ulcération de la main étant cicatrisée, — ni la preuve microbiologique, ni la preuve expérimentale, il nous a paru que le cas était cliniquement assez net pour mériter d'être annexé aux précédents.

Puisque je viens de parler de chancres mous et de la recherche du bacille de Ducrey, je veux signaler, en passant, un procédé rapide et fort satisfaisant de coloration de ce bacille. Il consiste à utiliser l'association (bien connue des bactériologistes) de la fuchsine de Ziehl et du bleu de méthylène, dans les proportions suivantes :

Eau distillée	20 centimètres cubes.
Fuchsine de Ziehl	X gouttes.
Solution saturée de bleu de méthylène..	VII gouttes.

Ce mélange donne au bout de dix minutes une coloration très jolie et très nette. Le protoplasma cellulaire est teinté en rose, les noyaux et les microbes sont colorés en bleu violet.

Enfin, je tiens, en terminant, à insister sur la très grande fréquence des formes cocciennes ou presque cocciennes du bacille de Ducrey, lorsqu'on fait un examen par raclage de chancres mous. Certes on peut trouver, on trouve même assez souvent la disposition des bacilles isolés ou en file indienne, ou en bouquet de feu d'artifice comme dans les coupes ; mais fréquemment aussi, qu'il s'agisse de chancres génitaux ou de chancres expérimentaux, on ne trouve que des formes cocciennes. Ces cocci, qu'avec un peu d'habitude on

arrive parfaitement à différencier, sont presque tous englobés par des phagocytes.

Quelquefois apparaît, englobé en même temps, un bacille, et peut-être ces apparences cocciennes ne sont-elles que le résultat d'une action phagocytaire, d'une véritable désintégration bacillaire.

Quoi qu'il en soit, il est important d'insister, au point de vue de la microbiologie clinique, sur ces aspects du bacille de Ducrey qui déroutent — je l'ai vu nombre de fois — les observateurs non prévenus. J'ai pu, sur plus d'un millier d'examens de chancres mous, constater leur fréquence; je ne veux pas m'attarder davantage aujourd'hui sur ce sujet, ayant l'intention d'y revenir dans la prochaine séance.

M. Sabouraud. — On sait depuis sa découverte que le bacille de Ducrey peut se présenter sous la forme d'un coccus, c'est même sous cette forme que Unna l'avait décrit tout d'abord. Il est de notion classique que dans les exsudats du chancre on le trouve sous forme de diplocoques, tandis qu'il prend la forme streptobacillaire dans la paroi de la lésion; mais comme dans la plaie chancrelleuse il peut y avoir des infections secondaires, en cas de difficulté diagnostique, je crois que la forme bacillaire doit être considérée en pratique comme la seule caractéristique du bacille de Ducrey.

M. Gastou. — On est souvent embarrassé dans la recherche du bacille du chancre mou pour affirmer son existence à cause des descriptions multiples de forme qui en ont été données.

Chaque fois que l'on rencontre la forme en bâtonnet ou en coccus allongé avec un espace clair au centre, et deux lignes latérales, à peine visibles, réunissant les extrémités colorées, on peut affirmer qu'il s'agit du bacille du chancre mou.

Dans un cas j'ai pu obtenir une culture pure de ce bacille sur bouillon et gélose humanisés, c'est-à-dire à base de placenta humain. Il se cultivait en filaments des plus nets, mais très rapidement vers le 2e jour, la culture se modifia et le réensemencement ne me donna pas la même culture ni la même forme de bacille; l'inoculation des bacilles au malade même sur lequel avait été prélevé le pus du chancre mou ne donna rien.

Depuis lors et à plusieurs reprises nous avons, avec M. Nicolau, tenté des ensemencements du pus de chancre mou, mais devant les modifications de cultures que nous voyons se produire à chaque ensemencement nous n'avons pas publié nos résultats. Je vois que M. Lenglet a obtenu également des ensemencements donnant des formes bacillaires différentes qui ne seraient pour lui que des modifications du bacille de Ducrey. Je puis également confirmer le fait, nous avons obtenu avec une certaine constance un bacille massué tantôt en réensemençant un bacille vrai, tantôt en cultivant du pus de chancre mou ou du pus d'inoculation expérimentale et diagnostique. Il arrivait même que le pus du chancre et celui de l'inoculation ne donnaient pas la même apparence de culture. Je laisse de côté le fait des associations secondaires microbiennes du chancre mou qui sont des plus

fréquentes et dont l'influence sur le bacille de Ducrey est encore inconnue.

Le point essentiel serait de déterminer les variations de forme du bacille suivant ses conditions de vitalité de milieu et d'évolution : cela est d'autant plus important que dans le diagnostic clinique chacun se fait du bacille une opinion différente.

Sur une tumeur de la paroi inférieure de l'urèthre.

Par MM. Jullien et Druelle.

Le développement des végétations sur la paroi de l'urèthre est une des complications les plus communes de la blennorrhagie chez la femme. Mais il est rare, et nous n'avons jamais vu le fait pour notre compte, d'observer une véritable tumeur sous-muqueuse formant saillie à l'extérieur de l'urèthre et due au même processus papillomateux parti de la muqueuse et des parois glandulaires. C'est un fait de ce genre que nous avons eu l'occasion de recueillir dans notre service de Saint-Lazare et que nous croyons intéressant de porter à la connaissance de la Société.

Léonie T..., 20 ans, entre à l'infirmerie de Saint-Lazare, salle n° 13, service du Dr Jullien, le 7 avril 1902.

La malade n'accuse aucun antécédent du côté de l'appareil génito-urinaire auquel se trouvent limitées les lésions en présence desquelles on se trouve actuellement.

A l'examen de la vulve on note quelques végétations sessiles au niveau des grandes lèvres ; il en existe également quelques-unes autour de l'anus.

Dès qu'on écarte les grandes lèvres on voit saillir au niveau du tubercule antérieur du vagin une tumeur qui s'est constituée aux dépens de la partie inférieure du méat uréthral. Alors que la demi-circonférence du méat est normale et de niveau avec les parties voisines du vestibule vulvaire, sa demi-circonférence inférieure est le siège d'un processus hypertrophique. La masse néoplasique qui en résulte revêt en conséquence l'aspect d'une demi-gouttière qui prolonge le canal uréthral. Quand on l'attire en avant on constate qu'elle a des dimensions antéro-postérieures de 1 centimètre et demi environ et une épaisseur de un demi-centimètre. Elle est constituée par une masse rosée dont la surface faiblement irrégulière est parcourue par des sillons peu profonds qui entament à peine sa surface. Certains points très limités sont saillants par rapport à la masse principale et ont nettement l'aspect papillomateux, mais cet aspect n'est pas réalisé par l'ensemble de la tumeur. De façon générale, en effet, on n'y voit pas les proliférations irrégulières des papillomes et sa surface à peine mamelonnée est beaucoup plus lisse que celle de ces derniers.

Sur ses parties latérales apparaissent des petites lacunes, deux ou trois de chaque côté, qui représentent des glandules préuréthrales incluses

dans la tumeur et dont la pression fait sourdre une minime goutte de pus. Enfin, il existe du prolapsus de la muqueuse de la paroi inférieure de l'urèthre qui vient tapisser la face interne de la gouttière formée par la tumeur. Celle-ci dans son ensemble atteint le volume d'une petite noisette; elle est d'une consistance molle uniforme. Nulle part elle n'est ulcérée. Elle saigne assez facilement quand on la pince ou la pique; elle est indolente spontanement et au palper. La malade ne fournit aucun renseignement sur son développement et dit ne l'avoir jamais remarquée.

Il existe de l'uréthrite et l'on peut ramener du canal une goutte purulente blanchâtre. Rien aux glandes de Bartholin. Vaginite peu intense. Endométrite cervicale.

L'examen microscopique du pus uréthral y a montré la présence de gonocoques en petit nombre. Pareille constatation n'a pu être faite dans le pus extrait des glandes préuréthrales incluses dans la tumeur, mais il y existait une flore microbienne variée.

5 mai. — Ablation de la tumeur; suture en surjet de la partie inférieure du méat.

15 Mai. — Lorsqu'on a pu explorer plus complètement l'urèthre on a vu que l'uréthrite était proliférante. Des papillomes de dimensions variables étaient insérés en divers points de ses parois et se présentaient sous l'aspect habituel des végétations. Ces masses néoplasiques avaient envahi profondément l'urèthre dont on a dû pratiquer le raclage.

Examen histologique (par M. Nicolau). — L'examen général de la coupe montre qu'il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une petite noisette dont le corps est constitué par du tissu fibreux et dont la périphérie est recouverte sur les 5/6 de son contour par de l'épithélium pavimenteux stratifié muqueux. L'examen détaillé montre une hypertrophie considérable par places de la couche épithéliale.

Les colonnes interpapillaires deviennent énormes et envoient dans le corps propre de la tumeur des prolongements tantôt sous forme de digitations, tantôt sous forme de gros bourgeons lobés et ramifiés à leur tour. La limite de l'épithélium de la muqueuse et du chorion est nettement tranchée. L'étude de cet épithélium de revêtement nous présente les particularités suivantes. La couche basale normale est représentée par une ou deux rangées de cellules cylindriques dont le noyau de grand axe vertical se colore d'une manière très intense. Dans la couche de Malpighi proprement dite, surtout au niveau des gros bourgeons épithéliaux, on observe une dégénérescence spéciale des cellules épithéliales. Ces cellules ont perdu leurs filaments d'union. Leur membrane propre devenue très apparente, épaisse, à double contour, fixant fortement l'éosine, s'applique directement sur les membranes des cellules contiguës sans laisser d'espace intercellulaire visible. A l'intérieur des cellules autour du noyau qui est plus ou moins altéré, on constate à la place du protoplasma une vacuole dans laquelle on distingue avec l'objectif à immersion un vague réseau qui se colore faiblement par l'éosine. La couche des cellules plates superficielles paraît normale.

Au-dessous de la couche épithéliale on trouve le corps proprement dit de la tumeur dont la charpente est constituée par du tissu fibreux à fibres

conjonctives fines. Il est très vasculaire, surtout au niveau des papilles et des prolongements épithéliaux. L'attention est frappée par la présence en différents points de nombreuses glandes en tube très hypertrophiées et à lumière béante. Leur couche épithéliale manifeste la même tendance à la disposition papillomateuse que l'épithélium de revêtement de la tumeur. Leur aspect général rappelle la disposition de certaines formations adénomateuses. Tout autour de ces formations glanduleuses ainsi que dans le chorion muqueux on voit une très notable infiltration de cellules rondes du genre des plasmazellen.

En résumé, il s'agit d'un papillome fibreux avec hypertrophie adénomateuse des glandes muqueuses.

M. Barthélemy. — Mes observations me permettent de conclure, comme M. Jullien, que les uréthrites proliférantes ne sont pas rares et qu'elles peuvent s'accompagner d'érosions et de lésions irritatives qui peuvent, tout d'abord, faire penser à une affection de tout autre nature que la blennorrhagie. M. Verchère a dû en opérer plusieurs cas dans mon service; car je crois que l'extirpation est à un moment donné le seul procédé de guérison durable, surtout quand il y a, comme je l'ai observé plusieurs fois, dégénérescence kystique des glandes hypertrophiées.

Glossite exfoliatrice marginée ambulante.

Par MM. de Beurmann et Ramond.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une jeune fille atteinte de cette affection particulière de la langue à laquelle M. Fournier a, en 1883, donné le nom de « Glossite exfoliatrice marginée », et si nous présentons aujourd'hui à la Société l'observation de cette malade, c'est parce que nous voulons insister sur un caractère clinique particulier et déjà décrit de cette affection, mais qui, à notre avis, a été insuffisamment mis en lumière par les auteurs, et parce qu'une biopsie pratiquée sur la langue de notre malade a permis à M. le Dr Gastou d'étudier l'anatomie pathologique de cette glossite spéciale.

Voici tout d'abord l'histoire clinique de la jeune fille dont il s'agit :

Adeline L..., âgée de 18 ans, vient nous trouver le 29 mai 1902, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Elle présente à ce moment sur le bord droit de la langue, dans le voisinage de la pointe, une zone grosse comme une pièce de 1 franc environ où l'épithélium semble desquamé et les papilles à nu. Cette zone, qui empiète sur le dos de la langue et atteint presque la ligne médiane, est nettement limitée par un bord arrondi, surélevé, circiné, d'aspect blanchâtre. A la pointe on voit un petit point à peu près pareil, mais de dimensions plus restreintes : celles d'un pois environ. Enfin du côté gauche existe une région assez semblable et comme taille et comme aspect à la plaque que

nous avons décrite du côté opposé, mais qui en diffère en ce qu'elle est moins rouge, et que ses bords sont moins nets; ce paraît être une zone en voie de guérison.

Il n'y a sur la langue nulle trace de suintement, et aucune sécrétion; l'haleine n'est pas fétide. On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire.

La recherche de la sensibilité au tact nous a montré que celle-ci était la même au niveau des parties malades qu'au niveau des parties saines; la région desquamée paraît être le siège d'une hyperesthésie comparativement aux parties non dépapillées. La perception de l'acide acétique est plus rapide du côté exfolié, il en est de même du poivre. Enfin le chlorure de sodium ne donne pas de sensations différentes en quelque point de la langue qu'il soit placé.

Les symptômes fonctionnels sont nuls; la douleur fait totalement défaut, la parole n'est pas gênée, la mastication et la déglutition nullement entravées, et n'était la persistance de cette affection, la malade ne s'en serait pas autrement inquiétée.

Il y a en effet un an environ qu'a débuté cette glossite, et depuis jamais la langue n'a été indemne de lésions. Celles-ci, essentiellement mobiles, ont envahi alternativement le bord droit, la pointe, le bord gauche de l'organe, guérissant en un point pendant qu'elles réapparaissaient en d'autres. En général la desquamation siégeait sur les bords, et ce n'était que secondairement que la ligne médiane et le dos de la langue étaient envahis par extension des plaques marginées.

La malade n'a pas remarqué que l'affection parût s'aggraver ou s'améliorer sous l'influence de certains régimes alimentaires, ou pendant certaines saisons; elle insiste néanmoins sur ce fait que quelques jours avant ses règles les plaques sont plus nombreuses et s'accroissent plus rapidement.

L'apparition de cette glossite a coïncidé avec la disparition d'une éruption non prurigineuse généralisée, mais qui avait néanmoins respecté le visage, la plante des pieds et la paume des mains; éruption qui avait débuté 2 ans auparavant et pour laquelle la malade, étant venue consulter à Saint-Louis, s'était vu ordonner des bains d'amidon. Depuis un an cette éruption a disparu, et actuellement on n'en trouve pas trace.

L'état général de cette malade, sans être excellent, est néanmoins assez satisfaisant. Soignée depuis l'âge de 6 à 8 ans pour des troubles gastriques, elle paraît s'être fort bien trouvée d'une médication dans laquelle prédominaient les alcalins.

On ne relève dans ses antécédents qu'une grippe à l'âge de 5 ans, et une brûlure de la jambe à l'âge de 11 ans. Cette malade est bien réglée et l'a toujours été régulièrement.

Elle ne présente aucun stigmate de syphilis; et on ne relève dans l'histoire de ses antécédents héréditaires aucun fait permettant de supposer que ses parents aient été touchés par cette infection; elle-même d'ailleurs ne présente aucune dystrophie qui permette d'en faire une hérédo-syphilitique.

Son père est mort à 38 ans, d'accident. Sa mère a 49 ans et se porte bien. Sa sœur est actuellement atteinte de pleurésie.

Les caractères de la lésion que présente cette jeune fille consistant en une exfoliation des papilles linguales, exfoliation qui siège sur les bords de la langue et qui est limitée par un bord nettement surélevé, blanchâtre, sinueux, en carte de géographie et ambulant, nous ont permis de reconnaître « la glossite exfoliatrice marginée ». Mais il nous semble qu'un caractère primordial de cette affection, c'est sa mobilité; c'est elle qui inquiète les malades et les pousse à consulter, la glossite étant, comme nous l'avons dit, presque absolument indolente; c'est elle qui permet au médecin d'éliminer le lichen, les leucoplasies linguales, les plaques muqueuses érosives ou lisses, la glossite syphilitique dépapillante, et celle des convalescents, etc., qui, outre certains caractères particuliers à chacune d'elles, sont toutes des lésions essentiellement fixes.

Nous croyons donc qu'au dénominatif de « Glossite exfoliatrice marginée », il serait peut-être bon d'ajouter un qualificatif qui indiquerait le caractère nomade de la maladie, caractère sans lequel il nous paraît impossible de faire le diagnostic de cette affection. Nous proposons donc d'appeler cette glossite : « Glossite exfoliatrice marginée ambulante ».

Examen histologique, par M. Gastou. — Une biopsie a été faite comprenant à la fois le liséré blanchâtre, et, de chaque côté, les parties érythémateuses. Fixation au Muller. Coloration : colorants acides et basiques, picro-carmin, hématoxyline, éosine, van Gieson, Kühne et Gram.

Chaque coupe a un faible grossissement, présente sur sa limite épidermique deux parties distinctes :

Dans l'une, l'épiderme a subi une prolifération, un développement considérables ; dans l'autre, au contraire, il a en partie disparu. Le 1er aspect correspond au liséré blanchâtre, exfoliant, marginé, le 2e aspect est celui de la langue au voisinage du liséré.

L'exfoliation clinique correspond histologiquement à une prolifération épidermique, à une hyperkératose intense, les feuillets cornés sont très épaissis, formant des stratifications superposées dans lesquelles les cellules ont des noyaux aplatis. Entre les lames cornées et le corps muqueux siègent des altérations, que des grossissements plus forts permettent de préciser.

Dans une grande partie de la région épidermique hypertrophiée, se voient de nombreuses cavités formées par une vacuolisation intra-cellulaire qui, par confluence de plusieurs cellules, forment tantôt un état vésiculeux, tantôt de véritables aréoles ; ces cavités sont pour la plupart comblées par des cellules à noyaux multiples du type polynucléaire. Il s'ensuit que dans la région moyenne de l'épiderme se trouvent de nombreux abcès, soit étalés occupant les mailles du réticulum vésiculeux, soit collectés en de minuscules abcès miliaires.

En un point surtout des coupes, point qui correspond probablement au sommet du liséré, l'infiltration leucocytaire est totale, en même temps que l'épiderme a en ce point son maximum d'épaisseur.

Dans la région des abcès les papilles et le derme sont peu infiltrés et ne présentent pas de lésions très caractéristiques, probablement par le fait que la biopsie n'a pu porter assez profondément.

Le 2e aspect des coupes correspond aux points où la muqueuse est lisse. L'examen histologique y démontre l'absence complète de couche cornée et de couche moyenne. La zone de Malpighi est directement en contact avec l'extérieur et forme la limite des coupes sous forme de franges cellulaires, dont le protoplasma s'effile. On n'y voit aucun abcès, aucune infiltration, mais un caractère spécial des papilles hypertrophiées en masses et soulevées par des dilatations vasculaires très marquées, qui semblent porter principalement sur les vaisseaux lymphatiques. L'infiltration des papilles est également à ce niveau peu marquée.

En résumé, les lésions ont trois caractères essentiels : 1° l'hyperkératose; 2° la vésiculation avec abcès miliaires; 3° la congestion vasculaire.

Quelle est l'origine de ces abcès nucléaires? La nature des leucocytes polynucléaires que l'on y rencontre semble indiquer une infection d'origine externe et secondaire sans que cependant l'examen ait décelé de microbes. Il semble que l'hyperkératose et la vésiculation soient les phénomènes essentiels très probablement en rapport avec les congestions et dilatations vasculaires. La cause de celle-ci est encore ignorée, mais une hypothèse vient à l'esprit par suite de l'existence des nombreux abcès miliaires: ne se pourrait-il pas que le caractère ambulant de la maladie soit le fait de l'évolution de ces pyodermites nucléaires qui s'étendant dans un point, puis disparaissant là où elles existaient auparavant, contribuaient à donner à la maladie une marche ambulante en même temps qu'un caractère de fixité et de longueur désespérantes.

M. Darier. — Bien que la maladie ne soit pas rare et qu'on en trouve assez souvent des exemples sur la table d'autopsie, il n'est cependant pas très facile de se faire une idée nette de sa nature. Au point de vue des lésions, voici ce que j'ai constaté dans les divers examens que j'ai eu l'occasion de pratiquer: d'abord, la zone rouge centrale correspond à une surface où l'épiderme est détruit au point qu'il ne reste plus qu'une ou deux rangées de cellules épithéliales; les papilles sont donc presque à nu, ce qui explique à la fois la coloration rouge et la congestion qu'on observe en clinique. Au niveau de la bordure blanche, on constate une altération vésiculeuse des cellules, et la pénétration des cellules migratrices dans ces cavités qui se transforment ainsi en petits abcès ; mais je ne crois pas que cette invasion leucocytaire constitue la lésion essentielle, on peut très bien la considérer comme un phénomène secondaire. Dans les préparations que nous montre ici M. Gastou, je retrouve dans les cellules profondes de la partie blanche, la vésiculation endo-cellulaire, et quelques altérations des noyaux. Quant à la pathogénie de l'afflux des cellules migratrices, évidemment, on peut songer au parasitisme pour l'expliquer ; je dois dire cependant que je n'ai jamais pu mettre en évidence de parasites d'aucune

sorte ; en somme, la question à l'heure actuelle reste absolument incertaine.

M. A. Renault. — J'ai remarqué que la glossite exfoliatrice se montre presque exclusivement chez des sujets arthritiques; mais elle n'est pas toujours ambulante, elle est au contraire souvent d'une extrême fixité, comme j'en observe actuellement un exemple chez un malade syphilitique; bien entendu, la glossite chez lui n'a été nullement modifiée par le traitement spécifique.

M. Brocq. — Pour ce qui est de l'étiologie de la maladie, je tiens à rappeler ici que notre éminent président d'honneur, M. E. Besnier, soutient qu'elle est en rapport avec l'eczéma séborrhéique. Quant au caractère de mobilité des lésions sur lequel insiste M. de Beurmann, je ferai remarquer que depuis longtemps je l'ai mis en relief, en désignant l'affection sous le nom de desquamation *aberrante* en aires de la langue. La mobilité est évidemment le caractère majeur de la maladie; les autres caractères importants sont la longue durée de l'évolution et l'indolence des lésions. Il existe d'autres dermatoses qui présentent un aspect objectif analogue, mais qui se distinguent précisément par ce fait qu'elles ne sont pas aberrantes. Ainsi, sur les langues scrotales, on voit souvent sur le bord des sillons, de petites traînées grisâtres qui simulent le bourrelet périphérique de la desquamation aberrante; mais il n'y a là qu'une analogie apparente; les deux processus sont en réalité absolument différents.

M. Barthélemy. — Je crois, comme M. de Beurmann, que la mobilité des lisérés blanchâtres, saillants, en demi-cercle, est un des attributs les plus constants de cette affection. La disposition dite de la muqueuse linguale est une condition favorable pour son développement de la glossite marginée; et il n'est pas certain que, comme nous le dit notre honoré vice-président M. Brocq, les lésions blanches qu'on trouve sur les langues scrotales, soient d'une nature différente de ces glossites exfoliatrices. J'ai vu pour ma part, sur les langues scrotales, plus souvent des glossites marginées que des leucoplasies vraies. Mais quoique je pense que cette affection est d'origine parasitaire, je pense qu'elle a besoin d'un terrain particulier pour se développer; j'ai vu plusieurs cas de ces glossites persister pendant de très longues années chez un conjoint sans que l'autre, malgré des baisers fréquents et prolongés, ait rien contracté. Le terrain de l'autre conjoint était sans doute peu favorable et le pouvoir contagieux est restreint. Toujours est-il, que dans les conditions que je viens de dire, je n'ai pas observé de transmission.

Mais il y a d'autres causes très prédisposantes, telles que la syphilis secondaire par exemple. Il n'est pas rare de voir combinés ces deux ordres de lésions; et il est souvent difficile, quand elles sont associées, de bien démêler ce qui revient à l'une et à l'autre affection. Quoi qu'il en soit, j'ai vu toujours durer longtemps ces glossites, malgré les soins locaux les plus minutieux et les plus variés. J'ai vu un fait se prolonger pendant vingt ans sans que la lésion soit devenue maligne en quoi que ce soit; elle s'est même terminée par la guérison, à la suite d'hygiène générale et alimentaire. Le mercure (intus et extra) ne fait absolument rien sur elle, pas plus que la

teinture d'iode, l'arsenic, le chlorure de zinc, l'acide chlorhydrique, l'eau oxygénée, le naphtol camphré, le baume du Pérou mentholé, etc. Le terrain neuro-arthritique est une cause prédisposante ; mais, à mon avis du moins, la cause favorisante la plus active réside dans des fermentations gastro-intestinales, et dans la permanence d'une acidité spéciale du milieu buccal. C'est ce milieu qu'il convient de modifier par les pulvérisations, les irrigations, les gargarismes, etc.

M. JULLIEN. — J'ai vu autrefois un certain nombre de cas de glossite exfoliatrice, considérés et traités comme des lésions syphilitiques, sans aucun succès naturellement. Je ne crois pas d'ailleurs qu'il existe aucun traitement actif de cette affection ; les solutions étendues d'acide chromique qui ont été très vantées sont utiles quelquefois, mais elles ne guérissent ni radicalement ni dans tous les cas. Au point de vue des causes de la maladie, je crois, comme M. Barthélemy, qu'il faut tenir compte des fermentations anormales du tube digestif.

M. JACQUET. — A titre de document, je signale que chez une enfant, j'ai vu survenir l'affection en question, à la suite de l'administration d'iodure de potassium. Je me demande si chez les syphilitiques, le même médicament ne jouerait pas un rôle.

M. JULLIEN. — La glossite marginée des enfants n'est, à mon avis, nullement comparable à celle des adultes ; elle guérit souvent en quelques jours ou quelques semaines, tandis que chez l'adulte, les lésions persistent pendant des mois et des années.

Note sur l'emploi de l'adrénaline en photothérapie.

Par M. DE BEURMANN.

Nous voulons appeler l'attention de la Société sur une tentative que nous avons faite en vue de modifier la technique du traitement photothérapique des lupus par l'appareil de Finsen. On sait que, d'après des expériences précédemment faites, pour que les rayons utiles puissent traverser les tissus et agir par conséquent en profondeur il faut arriver à rendre absolument exsangues les parties sur lesquelles on opère ; on obtient ce résultat par l'intermédiaire d'appareils spéciaux dits compresseurs, avec lesquels on chasse le sang en appuyant plus ou moins fortement sur les tissus. Ayant entendu vanter par les oto-rhinologistes et les oculistes les avantages d'un produit nouveau : l'*adrénaline*, qui est un extrait des capsules surrénales du bœuf, et possède des propriétés vaso-constrictives très énergiques, nous avons tenté de supprimer la compression en pratiquant la décongestion au moyen de ce nouveau produit.

Il y a peu de temps que nous avons entrepris ces expériences, mais les résultats déjà obtenus sont faits pour nous encourager, et

nous avons constaté que l'application simple de la solution d'adrénaline au 1000e pendant quelques instants sur des surfaces lupiques amène une décongestion rapide et persistante de celles-ci, si bien que chaque fois que nous avons employé cette technique, les séances d'exposition aux rayons lumineux ont pu durer une heure sans qu'on ait besoin de faire la moindre compression, et sans que le malade ait ressenti de ce fait la moindre sensation de brûlure, ce qui arrive si l'on supprime la compression sans avoir fait agir l'adrénaline. Ajoutons que dans nos essais les compresseurs simplement appliqués sur la peau n'avaient pour rôle que de refroidir le cône lumineux.

Nous ne pouvons formuler aucune conclusion relativement à la valeur de ce procédé et aux résultats qu'il pourra donner dans la suite, car nos expériences sont de date encore trop récente; mais nous avons jugé bon d'attirer l'attention de la Société sur ce sujet, afin que ceux qu'intéresse la question puissent l'étudier. Nous serons heureux si leurs expériences, et celles que nous nous proposons de continuer nous-même, viennent corroborer les résultats satisfaisants que nous avons déjà obtenus, et nous permettent ainsi de simplifier pour le plus grand bien des malades la technique un peu compliquée de la photothérapie par l'appareil de Finsen.

M. Du Castel. — Il est classique en effet, que la compression est indispensable au succès du traitement de Finsen, mais je me demande si cette idée ne se modifiera pas quand nous aurons acquis une expérience plus grande de la méthode photothérapique. Pour ma part, j'ai montré ici une malade que j'ai guérie d'un lupus sans faire aucune compression; je ne m'étais pas servi pour elle, il est vrai, de l'appareil de Finsen, mais de celui de Foveau-Trouvé.

M. Brocq. — L'idée de M. de Beurmann paraît au premier abord très ingénieuse; si l'expérience en démontre la valeur pratique, elle apportera un notable perfectionnement à la technique photothérapique.

Un cas de lupus érythémateux.

Par M. Du Castel.

Jean N..., 48 ans, distillateur, malade depuis 12 ans.

Antécédents personnels. — Gourme dès son enfance.

Fièvre scarlatine à 2 ans.

Fièvres intermittentes dès l'enfance en Bretagne? Nouvelle reprise à 19 ans. Depuis dix années, le malade habite le Paraguay, il a eu plusieurs crises de fièvres intermittentes.

Pas de bronchites, ni d'antécédents pulmonaires.

Il y a une quinzaine d'années, au Paraguay, congestion hépatique. Pas d'ictère.

En 1890. Paralysie radiale légère par compression pendant le sommeil.

Durée, 29 semaines.

Pas de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Mère morte cardiaque à 50 ans.

Père mort de cancer à la langue à 68 ans.

Une sœur morte de maladie inconnue.

Un frère et une sœur bien portants.

Il y a *12 ans*, au Paraguay, le malade s'aperçoit qu'il a *des deux côtés, derrière les oreilles*, un petit point rouge prurigineux qu'il prend pour une piqûre d'insecte. Pendant 18 mois environ le malade n'y fait pas attention, la lésion persiste des deux côtés, mais reste très limitée.

Les lésions étaient cependant visibles puisqu'un jour, dans un hôtel, un charlatan, les apercevant, sans que le malade lui en ait parlé, lui propose un remède. Le malade applique la pommade. Deux jours après, le mal s'agrandit, et devient un peu plus grand qu'une pièce de 1 franc. En même temps la rougeur devient un peu squameuse.

Quelques mois après, on prend cela pour une dartre, et on lui donne des gouttes de Fowler.

Toutes les fois que le malade a appliqué une pommade, il prétend que sa lésion a grandi.

Depuis 3 ans la lésion a grandi de plus de moitié.

Arrivé en France depuis un mois, il va consulter le professeur Fournier, et entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle.

Actuellement, la lésion le gêne parce qu'elle s'enflamme, quand il fait le moindre excès, ou quand il va au soleil.

État actuel. — Sur le nez, petite cicatrice consécutive à des applications de pointes de feu. Joues indemnes. Plaques morbides symétriques descendant du point d'attache des oreilles le long de la branche horizontale du maxillaire inférieur sur une longueur de 5 ou 6 centimètres, remontant sur la joue de 3 centimètres; ces plaques sont en pleine activité. La lésion est très nettement limitée par un bourrelet limitrophe érythémateux saillant d'un millimètre de hauteur et de largeur; la surface malade, située en dedans du bourrelet, est constituée par une infiltration rouge colloïde recouverte de squames adhérentes et sèches, d'un millimètre de diamètre environ. La lésion n'est pas douloureuse. En arrière des oreilles, la peau de la région mastoïdienne est atrophiée, lisse, brillante, nacrée; la lésion semble une lésion éteinte; il n'y a ni érythème en activité, ni squames. Cette zone atrophique envahit de quelques centimètres la zone limitrophe du cuir chevelu. Au milieu du cuir chevelu, on observe quelques surfaces malades de la dimension d'une pièce d'un franc et plus; la partie centrale est squameuse sans érythème marqué; la zone squameuse est entourée d'un cercle congestif, sans infiltration notable, de 2 millimètres de large environ; au pourtour de celui-ci, zone pâle avec chute des cheveux. Rien sur le pavillon de l'oreille, les mains et les pieds. Au-dessus des malléoles, la peau de la jambe est prurigineuse et lichénisée. (Observation recueillie par M. Blondin, interne du service.)

Le diagnostic de lupus érythémateux me paraît imposé par ces caractères si nets, érythème, zone d'invasion active sur la joue,

squames adhérentes, atrophie cutanée. Quelques faits me paraissent devoir être relevés; la netteté exceptionnelle du bourrelet d'envahissement qui rappelle celui de nos grandes affections parasitaires telles que la trichophytie, l'intensité du processus atrophique, la localisation des lésions ayant les oreilles pour centres au lieu du nez, comme cela s'observe dans nos observations ordinaires de vespertilio. L'affection procède par poussées, s'il faut en croire le malade ; il y a des exaspérations et des rémissions se produisant d'une façon brusque avec aggravations et atténuations se faisant en quelques jours.

Malgré ces quelques particularités, je crois que nous sommes en présence d'un lupus érythémateux ordinaire; l'examen histologique des lésions en voie d'exécution n'a pu encore être terminé. J'ai cherché à savoir du malade si cette lésion est commune au Paraguay, si par hasard nous serions en présence d'une affection propre à ce pays ; je n'ai pu avoir de renseignement positif à cet égard.

Le malade va être soumis au traitement par la méthode Finsen ; nous vous tiendrons au courant des résultats obtenus.

M. Gastou. — Les coupes d'une biopsie pratiquée dans la région mentonnière sont négatives en ce qui concerne l'existence de l'épithélioma, on n'y rencontre pas non plus de cellules géantes tuberculeuses.

Ce qui domine dans l'ensemble de la coupe, ce sont les caractères de dégénérescences variées des cellules, l'absence de vaisseaux et la présence de grosses cellules plasmatiques (type plasmazellen). En deux ou trois points au voisinage de la bordure papillaire, existent des inclusions épidermiques qui de prime abord pourraient faire croire à l'existence d'un épithélioma.

Les dégénérescences cellulaires sont isolées ou forment des amas avoisinant de larges dilatations vasculaires lymphatiques. Dans les cellules isolées ou groupées, le noyau pour beaucoup d'entre elles se colore mal ou pas du tout. La plupart de ces cellules altérées forment des amas dans lesquels il est impossible de reconnaître la forme cellulaire; il y a en ces points une nécrose de coagulation, voire même une désintégration totale ; les amas nécrosés sont entourés de cellules plasmatiques: le tout forme ainsi une lésion très nette reproduite en plusieurs points de la préparation, et formant presque une infiltration totale. Dans le derme les fibres élastiques sont très hypertrophiées.

Quelle est la nature de la lésion, s'agit-il de syphilis ou de tuberculose ? L'une et l'autre peuvent produire des altérations à peu près analogues, la nature de la nécrose et la configuration de l'ensemble des nodules étant cependant plus en rapport avec la tuberculose.

Un nouveau traitement du prurigo de Hebra.

Par M. de Beurmann.

Je vous présente un malade qui a été soigné dans plusieurs services de Saint-Louis pour un prurigo de Hebra dont le début remonte

à 7 ans. De nombreux traitements ont été institués pour débarrasser cet homme de son affection cutanée, mais ils ont tous échoué successivement. Ce malade, tourmenté sans cesse par les démangeaisons, ayant en grande partie lichénifié sa peau, avait fini par rester attaché à l'hôpital, où il était employé comme infirmier.

Il entra dans mon service le 13 juin dernier, et dès le premier jour je lui fis faire des applications quotidiennes et permanentes d'une pommade dont la formule m'a été fournie par M. le Dr Baissade, médecin principal de la marine en retraite, et dont voici la composition :

Camphre	12	parties.
Goudron	15	—
Soufre	8	—
Huile de chaulmoogra	3	—
Vaseline	62	—

Le malade s'est rapidement amélioré. A l'heure actuelle il n'a plus ou presque plus de démangeaisons ; sa peau fortement lichénifiée s'est assouplie, et il me semble que cet homme est en pleine voie de guérison. En tout cas, il n'a jamais été aussi amélioré qu'il l'est en ce moment.

Il m'a semblé intéressant de présenter à la Société la formule de la pommade du Dr Baissade, qui a réussi dans ce cas où avaient échoué antérieurement les traitements les plus variés.

M. Gastou. — Le malade a été en traitement pendant longtemps dans le service de M. le professeur Fournier. Je le suis depuis plusieurs années et jamais je ne l'ai vu aussi complètement débarrassé de son prurigo. Je dois dire que notre confrère a également traité plusieurs malades, adultes et enfants, à la consultation, pour des affections squameuses ou suintantes et que les résultats ont été excellents.

M. Brocq. — Le résultat apparent est assurément très bon chez le malade de M. de Beurmann ; mais dans une affection telle que le prurigo de Hebra, il ne faut pas se hâter d'attribuer à tel ou tel agent thérapeutique, les améliorations qui ont pu suivre son emploi ; avec tous les topiques nous avons vu de ces guérisons apparentes mais qui trop souvent ont été éphémères. Dans la formule du Dr Baissade, à l'exception de l'huile de chaulmoogra, nous ne voyons que des médicaments déjà connus et usités dans le traitement du prurigo de Hebra. Il est possible que la formule nouvelle réussisse mieux que les traitements habituels, mais, je le répète, quand il s'agit d'une maladie comme le prurigo de Hebra il faut des observations plus nombreuses et plus prolongées pour pouvoir apprécier la valeur d'une méthode thérapeutique.

Maladie de Ménière survenue au cours de la syphilis.

Par M. Balzer.

La nommée L..., âgée de 34 ans, couturière, entre le 5 juin 1902, salle Alibert, lit n° 34, à l'hôpital Saint-Louis, pour une stomatite, suite du traitement mercuriel.

Antécédents personnels. — A l'âge de 12 ans, fièvre typhoïde. La malade fut réglée à la même époque ; à l'occasion de ses premières règles, elle eut une laryngite, avec aphonie, qui dura 6 mois, pendant lesquels les règles furent arrêtées, et ne reprirent que quand la voix revint. Depuis, la malade a toujours été très bien réglée.

A 21 ans, coqueluche. Plus tard, fistule anale consécutive à un abcès hémorrhoïdaire et opérée avec succès par M. Reynier.

Il y a 2 ans, au mois de janvier, pneumonie droite et congestion pulmonaire gauche soignée dans le service de M. Duguet. La malade fut 3 mois à se remettre, par suite des complications suivantes : entérite, rhumatisme articulaire (genoux), *otite gauche* suppurée. Des renseignements précis sont assez difficiles à obtenir sur ces complications, car la malade était alors dans un état de prostration complète. Cependant elle se souvient avoir eu des sensations de ballottement dans son lit en même temps que son otite. Mais elle ne peut préciser la durée de ces phénomènes. Quoi qu'il en soit, la malade ne présentait pas de surdité après sa guérison et son état de santé était très bon du côté des oreilles.

Au mois de juillet 1901, chancre induré lingual; peu de temps après le chancre, roséole et plaques muqueuses buccales. Chute des cheveux. Jamais aucune manifestation du côté des organes génitaux. Depuis le début de sa syphilis, c'est-à-dire depuis un an, la céphalée a été continuelle et très vive, et persiste encore à l'heure actuelle. A la fin de janvier 1902, stomatite mercurielle.

Le 7 avril, la malade entre pour la première fois dans le service, atteinte de vertige. Celui-ci a débuté 3 jours avant son entrée. En sortant de son travail, elle sent la tête lui tourner, en même temps que près d'elle « une machine semble lâcher sa vapeur ». Puis après un balancement d'avant en arrière, elle tombe en avant, se relève pour tomber quelques pas plus loin. Les bruits d'oreille se produisent exclusivement à gauche. La malade n'avait pas perdu connaissance. Transportée chez elle, elle est couchée, mais le vertige continue dans son lit. Elle voit ses meubles qui tournent; elle est prise de vomissements, dès qu'elle quitte le décubitus, et a la sensation du mal de mer.

Arrivée à l'hôpital, elle fut prise d'une somnolence invincible, qui lui dura 7 à 8 jours, et qui apporta une trêve à ses souffrances. Il est à noter aussi que depuis que la malade a son vertige, elle n'a plus de maux de tête.

Si on lui demande des renseignements précis sur son vertige, la malade raconte ainsi ses sensations : Début de l'accès brusque, par des sifflements ou des bruits de cloches. Presque aussitôt survient un mouvement giratoire, de droite à gauche, la tête étant penchée à gauche. Puis chute sur

le côté gauche, sans jamais se faire grand mal, sans jamais perdre connaissance. Ce vertige apparaît quand elle détourne brusquement la tête ou quand elle lève les yeux en l'air.

La malade reste 5 semaines à l'hôpital et en sort un peu améliorée quant à la céphalée, mais conservant son vertige. Deux jours après elle se rend à l'hôpital Lariboisière, à pied, car son vertige réapparaît quand elle prend un tramway ou une voiture, et accompagnée, car elle a de l'agoraphobie très accentuée. Quand elle est forcée de marcher seule, il faut qu'elle rase les murs et s'accroche à leurs aspérités. Elle tomberait s'il lui fallait traverser une rue seule.

Elle reste un mois à Lariboisière dans le service de laryngologie. Pendant le premier examen elle tomba comme « une masse » sans connaissance. Pendant son séjour on lui a fait 4 injections de calomel.

A sa sortie de Lariboisière, elle ne se sent pas mieux qu'à sa précédente sortie de Saint-Louis, et elle rentre dans le service le 5 juin, atteinte d'une forte stomatite mercurielle. Il est à noter que pendant ses séjours à l'hôpital, sous l'influence du calme, de l'espèce de protection même qu'elle sent autour d'elle, ses phénomènes morbides s'amendent notablement pour reprendre avec toute leur intensité dès qu'elle a franchi le seuil de l'hôpital.

Actuellement, la malade présente une stomatite intense suite du traitement au calomel (injections) institué à Lariboisière ; elle a toujours une céphalée vive, un peu d'otite externe gauche superficielle avec petit écoulement et croûtes.

La malade a moins de vertiges, du moins dans la salle d'hôpital, elle marche avec hésitation, en titubant, mais elle ne tombe pas. Du côté gauche, elle est complètement sourde ; sa surdité a marché en raison inverse de l'intensité des vertiges. A droite, la malade entend normalement.

A part la stomatite, l'appareil digestif est en bon état. La malade a naturellement de l'inappétence, mais digère bien. Elle a de grandes difficultés pour se nourrir, en raison de l'intensité de la stomatite. Celle-ci nous oblige à ne prescrire que l'iodure de potassium pendant ce second séjour de notre malade à l'hôpital Saint-Louis. Les urines abondantes, claires, sans sucre ni albumine. Les règles sont normales.

3 juillet. La malade a pu sortir de l'hôpital depuis quelques jours. Mais les vertiges continuent très affaiblis avec sensation de vide et douleurs de tête. La stabilité est précaire encore, elle tombe facilement. Elle ne peut traverser seule le boulevard ; le bruit d'une voiture arrivant subitement la ferait tomber, surtout si elle tournait la tête. La démarche est hésitante, et il faut qu'elle prenne de grandes précautions pour ne pas trébucher et tomber.

La stomatite est complètement guérie et on a pu reprendre, mais avec de faibles doses, le traitement mercuriel par ingestion.

Nous l'avons revue le 18 juillet encore plus améliorée, n'ayant plus d'accès de vertige, marchant facilement dans la rue, mais à la condition de raser les murs. L'état général est meilleur. La surdité de l'oreille gauche est complète avec persistance de sifflements. L'otite externe est guérie depuis longtemps ; elle n'a d'ailleurs duré que quelques jours.

Notre malade a présenté un cas typique de vertige auriculaire

ou maladie de Ménière. Le vertige a débuté chez elle soudainement et avec fracas : perception brusque d'un sifflement en jet de vapeur, sensation de vide et de perte de l'équilibre, chute sans perte de connaissance, nausées, vomissements, etc... Le tableau du paroxysme est complet. Les accès se répètent ensuite pendant son premier séjour à l'hôpital Saint-Louis. Sous l'influence du repos et du traitement, le vertige s'atténue progressivement, mais il persiste toujours. Pendant longtemps la malade conserve les sensations vertigineuses, même dans le lit. Elle est dans l'état vertigineux continu décrit par M. Charcot, état qui ne lui a permis de quitter l'hôpital pour tâcher de reprendre ses occupations qu'à partir du moment où la surdité de l'oreille gauche est devenue complète.

L'étiologie de ce vertige auriculaire est un peu complexe. La malade avait eu jadis une otite gauche suppurée au moment de sa pneumonie, mais elle s'était complètement rétablie et l'ouïe lui paraissait aussi bonne à gauche qu'à droite. S'il y a lieu de tenir compte de cette ancienne otite, c'est donc seulement pour la considérer comme une cause d'appel qui a pu contribuer à la localisation de la syphilis sur l'oreille. La syphilis nous semble être, en effet, la vraie cause de ce vertige de Ménière. Il faut remarquer chez notre malade la coïncidence d'une céphalée intense, persistante, qui a même précédé de longue date l'apparition du vertige auriculaire. Les deux phénomènes ont évidemment été causés par une localisation permanente de la syphilis qui a fini par déterminer des lésions de l'oreille interne et notamment du labyrinthe. C'est à ces lésions dont nous ne pouvons préjuger la nature qu'est due la production du vertige observé chez notre malade. Nous disons qu'il s'agit de lésions profondes de l'oreille, bien que notre malade ait présenté aussi de l'otite externe; un écoulement peu abondant persistait même encore au moment de sa sortie. Mais nous pensons pouvoir sans hésitation rattacher à des lésions profondes un vertige d'une telle intensité et d'une telle persistance, joint à une céphalée dont la durée et la violence ont été également exceptionnelles.

D'ailleurs les lésions du labyrinthe ont été assez rarement étudiées jusqu'ici dans les cas de vertige auriculaire. Celui-ci a été observé au cours de diverses maladies infectieuses, telles que la variole, la fièvre typhoïde, etc.... Mais il a été assez rarement observé dans la syphilis secondaire, bien qu'il soit étudié par les auteurs. Pour notre part, nous n'en avions jamais vu d'exemple, et c'est une des raisons qui nous ont aussi déterminé à présenter notre malade à la Société. On peut se demander si chez elle les phénomènes observés ont été sous la dépendance exclusive de l'otite, ou bien si le nerf acoustique n'était pas atteint dans son trajet intracranien par les mêmes altérations qui ont provoqué cette céphalée

intense qui n'a pas abandonné notre malade depuis le début de sa syphilis. Elle a résisté à tous les traitements employés avec énergie et qui ont même provoqué à deux reprises la stomatite mercurielle.

Éléphantiasis du pied droit, probablement d'origine syphilitique.

Par M. Balzer.

Le nommé M..., âgé de 48 ans, marchand ambulant, entre le 1er juillet 1902, salle Devergie, lit n° 30.

Antécédents personnels. — Pas de maladie jusqu'à 18 ans. A cette époque, blennorrhagie qui a duré 3 mois puis a bien guéri. A 23 ans, chancre du fourreau de la verge, suivi de roséole assez discrète sur le corps. Au visage au contraire syphilide papuleuse très accentuée. Mais là se bornent les accidents. Le malade n'a ni plaques muqueuses, ni autres accidents secondaires. Tout disparaît en 5 ou 6 mois par le traitement au protoiodure. Le malade ne continue le traitement que 1 ou 2 mois seulement après la disparition des accidents.

Histoire de la maladie. — Une dizaine d'années plus tard, le malade constate l'apparition d'une espèce de durillon au talon. Les premiers temps il n'y prend pas garde. Mais le durillon ne fait qu'augmenter de volume et au bout d'une année il occupe presque toute la plante du pied; à ce moment la jambe commence un peu à grossir. Il entre alors dans le service du Dr Fournier où on prescrit le traitement mixte de la syphilis avec des bains de sublimé locaux. Le malade reste 5 à 6 semaines sans progrès appréciable.

Dans la suite l'hypertrophie et la papillomatose gagnent d'autres régions. Elles entourent d'abord la cheville comme d'un collier puis gagnent la partie externe du pied. Les douleurs durant ces périodes sont à peu près nulles.

En 1896, le malade entre dans le service du Dr Morel-Lavallée où il subit un grattage mais sans succès. La récidive a lieu 3 ou 4 semaines après, bien que le traitement de la syphilis ait été rétabli. A cette époque seulement la partie interne du pied et les orteils sont pris.

A son entrée à l'hôpital, le malade nous montre une jambe droite énorme. L'œdème est dur, non dépressible, le doigt n'y laisse pas de trace. Le pied est encore plus œdématié; il est rouge vif. Il est presque complètement recouvert de végétations papillaires qui présentent différents aspects.

A la partie interne elles sont excessivement fines, donnant à cette partie de la jambe, quand elle a été nettoyée, l'aspect du velours; sa partie externe nous en présente aussi de très fines. Au cou-de-pied elles sont beaucoup plus grosses et sur le dos des orteils on voit de gros papillomes excessivement nombreux, très serrés. La surface plantaire est d'une épaisseur énorme. Le malade est grand buveur (8 à 10 litres de vin par jour); il a la figure vultueuse avec embonpoint général très accentué. A l'auscultation et à la percussion tout est normal, le foie seul semble assez volumineux. A l'examen des urines, pas de sucre ni albumine.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 63 ans, de cirrhose alcoolique du foie; sa mère, bien portante, a 71 ans. Un frère est mort à 49 ans, cirrhotique aussi.

Cet éléphantiasis du pied a pu se développer chez notre malade en raison de l'existence de plusieurs conditions pathogéniques manifestes. Sa profession, qui l'oblige à être debout la plus grande partie de la journée, a favorisé manifestement chez lui le développement des varices. De plus, l'état de veinosité exagérée que l'on remarque chez lui est dû certainement en grande partie à des habitudes d'intempérance : longtemps il a bu de l'absinthe, maintenant il ne boit plus que du vin, mais en quantité considérable. Enfin il n'a rien fait pour s'opposer au développement des accidents tertiaires et il n'a fait aucun traitement depuis la disparition des éruptions de la syphilis secondaire.

C'est dix ans après le début de la syphilis que les lésions de sclérose éléphantiasique du pied se sont développées progressivement dans l'ordre qui a été indiqué dans l'observation. Localisées d'abord au pied, les lésions peu à peu ont envahi le cou-de-pied, puis la jambe; elles prennent un développement de plus en plus marqué. Jusqu'à présent il n'y a pas eu d'ulcères, mais la peau commence pourtant à s'altérer et des érosions superficielles se produisent, notamment au talon. Ce sont elles qui ont obligé notre malade à entrer à l'hôpital.

Notre premier diagnostic fut celui d'éléphantiasis du pied consécutif à la syphilis. En apprenant plus tard que d'autres diagnostics avaient été portés et notamment que le malade avait subi un curetage, nous nous demandâmes si le lupus n'entrait pas aussi pour une part dans la pathogénie des lésions, et c'est sous l'influence de cette idée que nous avons présenté le malade à la Société. Mais en tenant compte des observations qui nous ont été faites à la séance par nos collègues, nous revenons volontiers à notre premier diagnostic en éliminant l'idée de lésion hybride à laquelle nous avions pensé. Cette sclérose éléphantiasique du pied nous paraît donc devoir être rattachée au groupe d'affections du même genre que nous avons présentées à la Société l'année dernière en collaboration avec M. Lecornu. La syphilis en est la cause initiale principale dans ce nouveau cas, comme dans les autres. Cette fois elle n'a déterminé chez notre malade que de la sclérose hypertrophiante sans mélange de gomme, comme nous l'avons vu parfois. Dans notre premier travail nous avons insisté sur la résistance au traitement que présente cette variété de scléroses syphilitiques, dans leur localisation au pied, comme dans leur localisation dans d'autres régions, notamment à la langue ou dans le système nerveux. Notre intention est de soumettre ce malade au traitement mixte combiné avec un traitement local par le repos et la compression méthodique. Mais l'ancienneté des lésions, leurs causes multiples encore agissantes, nous font douter d'avance de l'efficacité du traitement; nous n'obtiendrons sans doute qu'un résultat palliatif et passager.

M. Darier. — Cliniquement nous avons affaire à un éléphantiasis; l'existence de l'œdème chronique et des varices lymphatiques ne laisse aucun doute à cet égard; mais c'est la lésion causale qui reste incertaine; s'agit-il de tuberculose ou de syphilis? il faut avouer que, actuellement, nous ne trouvons aucune trace ni de l'une ni de l'autre infection; mais je crois qu'il n'est pas nécessaire d'admettre la coexistence de ces deux maladies, et que la syphilis à elle seule peut donner lieu à des états analogues à celui-ci.

M. Brocq. — Je partage tout à fait la manière de voir de M. Darier; il s'agit d'un éléphantiasis, c'est indiscutable; et je crois que l'origine première de cet éléphantiasis peut être une lésion syphilitique; car j'ai déjà vu des cas analogues dans lesquels le point de départ des accidents cutanés avait bien été une lésion spécifique; mais pour le moment nous n'en avons pas la preuve absolue; il me paraît nécessaire de compléter l'étude de ce malade : l'examen histologique et le traitement d'épreuve par le mercure permettront probablement d'émettre une conclusion plus ferme.

Alopécie congénitale.

Par M. Baudoin.

Voici un enfant de 4 ans à peine qui est atteint d'une alopécie presque totale, pour l'interprétation de laquelle je désire avoir l'avis de la Société.

Chez lui l'absence de cheveux est, je le répète, presque totale, car les quelques échantillons de ceux-ci que l'on peut voir disséminés sans ordre sur toute l'étendue du cuir chevelu, sont tellement rares qu'on pourrait aisément les compter. Au moment de la naissance le crâne était recouvert d'un fin duvet de follets qui tombèrent au bout de peu de temps, puis vers la deuxième année seulement les cheveux actuels commencèrent à pousser.

Par contre, vous pouvez voir des deux côtés du visage un développement anormal et exagéré du système pileux, qui, par une sorte de compensation, forme là une véritable paire de favoris. Il y a donc dystrophie pilaire sur le crâne et hypertrichose sur les joues.

En même temps le système veineux extra-cranien a pris ici un développement tel que ses vaisseaux dessinent de véritables arborescences en tout comparables à celles que MM. Fournier père et fils ont décrites chez certains hérédo-syphilitiques.

Cependant l'examen minutieux auquel nous avons soumis cet enfant ne nous a pas permis de constater chez lui des stigmates caractéristiques d'hérédité spécifique. Ce petit garçon qui est né à terme est un peu menu d'apparence, pâle, légèrement cachectique, mais très intelligent, un peu nerveux seulement; il ne présente aucune déformation, ses dents sont absolument normales. Or, je me

demande si l'hérédité syphilitique eût pu engendrer une dystrophie uniquement localisée au système pilaire et aux veines extra-craniennes, tout en épargnant la dentition qui jusqu'ici a été en pleine évolution.

Du côté des parents, peu de chose à signaler : la mère est une femme de solide apparence bien constituée, ne présentant aucune tare.

Avant d'avoir cet enfant, elle a mis au monde une fille bien conformée qui est née à terme et a actuellement 6 ans et demi. Une seconde grossesse s'est terminée par une fausse couche vers le deuxième mois.

Chez le père, j'ai constaté à l'œil droit une cicatrice consécutive, nous affirme-t-il, à une ophtalmie survenue au cours d'une rougeole. Chez lui, en outre, les incisives présentent des érosions horizontales qui pourraient avoir une réelle importance si elles s'ajoutaient à un ensemble de stigmates caractéristique, mais qui isolées ainsi qu'elles le sont ici, n'autorisent pas à préciser un diagnostic. Par ailleurs, l'examen le plus complet ne nous fait découvrir chez cet homme aucun vestige de syphilis acquise. Mais ses cheveux, nous dit-il, n'ont poussé que très tard, à partir d'un an et demi environ. Ce renseignement nous présente ici une certaine valeur, car il semblerait indiquer chez le père une sorte de prédisposition héréditaire dont l'alopécie de l'enfant ne serait peut-être que le développement. M. Sabouraud, qui a vu cet enfant il y a quelques instants, me disait que pour lui ce devait être un albuminurique intermittent. Je n'ai pas encore dirigé mes recherches de ce côté, mais je me propose de le faire, et si elles donnent un résultat je le communiquerait à la Société.

M. Jacquet. — Je ferai seulement deux remarques au sujet de cet enfant : la première c'est que sa dentition paraît très fragile et que si, en raison de son jeune âge, il n'a pas encore de carie très développée, on peut prévoir que dans un avenir prochain ses dents seront en très mauvais état.

La seconde réflexion qui m'est suggérée par l'examen de ce petit malade, c'est que nous avons ici un bel exemple d'une illusion sensorielle qui du reste a déjà été signalée par les chirurgiens. Quand on passe le doigt sur les ramifications veineuses qui sillonnent le crâne, on a la sensation que les vaisseaux dilatés sont logés dans des sillons creusés aux dépens de l'os; or il n'en est rien, comme on peut s'en assurer en faisant glisser la peau sur le péricrâne.

Toxi-tuberculides des mains et des pieds.

Par M. Moty.

J'ai l'honneur de présenter un malade qui est entré le 6 juin dernier dans mon service, porteur de grandes plaques d'eczéma

sec palmaire et plantaire à peu près symétriques, datant de 4 mois et qui ont débuté peu après la formation d'une gomme bacillaire de la première côte. Jamais ce malade n'avait eu auparavant la moindre menace d'eczéma.

La lésion costale est restée stationnaire et ne paraît pas contenir de pus ; on trouve quelques ganglions au bord postérieur des sterno-mastoïdiens, rien aux épididymes, rien de net aux poumons.

Le malade est soumis à l'arséniate de soude en solution étendue à raison de 1 centigramme par jour; localement, glycérolé de bismuth et enveloppement caoutchouté.

Sous l'influence de ce traitement ses plaques s'améliorent rapidement; la moins grave, celle de la main gauche, est libérée au bout de 8 jours, et le 20 juin je remplace le pansement par de simples onctions gaïacolées deux fois par jour. Il sort le 27, proposé pour un congé.

En raison des antécédents du malade, ces plaques d'eczéma si nettement délimitées semblent bien produites par l'action des toxines tuberculeuses ; les tuberculoses complètement fermées et non modifiées par la suppuration me paraissent donc surtout propres à les produire. Je noterai enfin que les effets favorables du traitement général et surtout l'action locale du gaïacol au cinquième dans la glycérine tendent également à légitimer le classement de cette dermite dans la catégorie des toxi-tuberculides suivant l'heureuse expression de M. Hallopeau.

M. Brocq. — Je fais toutes réserves sur le diagnostic de toxi-tuberculides; je ferai remarquer en effet que les lésions dans ce cas n'ont pas l'aspect habituel des tuberculides, et qu'elles sont notamment beaucoup plus étendues et plus diffuses.

M. Darier. — Je m'associe aux réserves qui viennent d'être exprimées par M. Brocq.

Des accidents dus aux injections de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis.

Par MM. Barthélemy et Lévy-Bing.

Nous avons traité dix malades, entrées dans le service du Dr Barthélemy, à Saint-Lazare, pour des accidents syphilitiques variés, par des injections quotidiennes intra-musculaires de cyanure de mercure à la dose de 0 gr. 02 par centimètre cube (1) (injections solubles).

(1) Si nous avons adopté la dose de 2 centigrammes, c'est que nous avons observé que 1 centigramme n'était pas cliniquement suffisant. Du reste, si l'on mesure par la quantité de Hg. contenu dans cette dose de 2 centigrammes, on sera convaincu que l'on a seulement ainsi la dose efficace.

Ces dix malades, toutes des femmes, dont les observations complètes seront publiées ultérieurement, ont reçu 205 injections en tout, ce qui fait en moyenne pour chaque malade 20 injections. Le poids de ces femmes variait de 47 à 64 kilogrammes, ce qui fait une moyenne de 59 kilogrammes pour chaque malade traitée.

Leur âge moyen était de 24 ans. Toutes ces femmes étaient, à leur entrée dans le service, en bon état ; quoique syphilitiques, leur santé générale était satisfaisante. Aucune d'elles n'avait d'albumine dans les urines, bref leur résistance organique était physiologique.

Cinq de ces malades avaient une dentition superbe, sans la moindre carie, avec des gencives saines et résistantes. Les cinq autres avaient une dentition défectueuse à différents degrés. Or, toutes ces malades ont eu de la stomatite, malgré tous les soins de propreté de la bouche qui leur étaient imposés et qu'elles étaient obligées de prendre rigoureusement. Au cours du traitement, six ont eu une stomatite légère, qui nous a obligés à interrompre, à différentes reprises, pendant plusieurs jours les injections ; une malade a eu une stomatite d'intensité moyenne qui a duré 2 semaines ; et trois malades ont eu des stomatites violentes et d'une longue durée, l'une à la sixième piqûre, l'autre à la suite de la dix-neuvième et la troisième à la dixième piqûre. Or, parmi ces stomatites intenses, nous trouvons une femme dont la dentition est irréprochable ; de même que la stomatite de moyenne intensité a frappé une bouche en parfait état.

Le cyanure nous semble donc prédisposer les malades à la stomatite plus que tout autre composé mercuriel soluble, beaucoup plus même que les injections d'huile grise ou de calomel, et cela, sans contenir pourtant de plus haute dose de mercure.

Et, en effet, ces trois malades, aussitôt guéries de leur stomatite si vive, ont été traitées par des injections intra-musculaires de biiodure en solution aqueuse à la dose journalière de 0,02 centigrammes par centimètre cube. Il ne s'est plus reproduit la moindre stomatite, toutes choses étant égales d'ailleurs : les soins restant les mêmes, et les malades n'ayant pas fait entre temps soigner leurs dents, et pourtant les doses injectées ont été considérables, puisque 2 de ces malades ont reçu 20 injections suivies, et la troisième 30 injections non interrompues de biiodure en solution aqueuse.

Et non seulement la stomatite survient facilement par le cyanure, en dépit de toutes les précautions, et se montre brusquement, mais la guérison est très longue à obtenir, malgré tous les soins. Chez deux de nos malades, elle a duré plus d'un mois, gênant la parole, empêchant la mastication, causant une salivation abondante et une haleine fétide.

Généralement nos malades, soumises toutes au traitement des injections, soit solubles, soit insolubles, des différents sels mercu-

riels, augmentent de poids pendant leur séjour à Saint-Lazare, moins à cause de la nourriture que grâce à la régularité et à l'hygiène du régime, grâce aussi au traitement intensif et précoce, le mercure ne laissant pas à l'infection syphilitique le temps de produire l'anémie.

Or, sur nos dix malades traitées par le cyanure, six ont diminué de poids : Une de 5 kilogrammes, une de 4 kilogrammes, une de 3 kilogrammes, une de 2 kilogrammes, deux de 1 kilogramme. Une est restée stationnaire. Trois seulement ont augmenté de poids, l'une de 1 kilogramme et l'autre de 3. Il est vrai que ces deux femmes, atteintes rapidement de stomatite, restèrent assez longtemps dans le service sans prendre d'injections.

Nous avons observé aussi des diarrhées et des coliques. Sur nos dix malades, huit ont eu de la diarrhée (deux seulement n'en ont pas eu) et l'une d'elles ne reçut que 7 injections. Cette diarrhée survient, dès le début, après la seconde ou la troisième injection ; elle dure quelques jours, puis diminue, et il se fait alors une sorte d'accoutumance. Ou bien, au contraire, elle persiste, et l'on est obligé d'interrompre les injections un jour ou deux.

Dans sa thèse publiée en 1901, le Dr Müller, qui n'injectait pourtant que 0,01 de cyanure tous les 2 jours, ce qui est d'ailleurs absolument insuffisant pour un traitement de fond, est obligé de reconnaître que, même avec cette faible dose, quelques malades ont eu des coliques et de la diarrhée.

Au point de vue douleur, nous ne craignons pas de dire que les injections de cyanure sont *très* douloureuses localement.

Chez cinq de nos malades, la douleur a été extrêmement vive, presque intolérable, durant toute la journée ; quelquefois même nuit et jour, au point d'empêcher le sommeil. Les malades souffraient en marchant et montaient difficilement les escaliers.

Chez les cinq autres, la douleur a été moins intense, elle subsistait de 1 à 4 heures après l'injection, mais jamais mois d'une heure.

Au point de vue local, les injections de cyanure, faites *dans les muscles fessiers*, *très profondément*, et avec toutes les précautions d'usage, ont occasionné quelques ennuis. A la suite de toute une série d'injections, les fesses sont restées souples dans six cas. Dans deux cas, nous avons eu, dans les deux fesses, quelques indurations de la dimension d'un haricot, qui ont persisté, très douloureuses, pendant une quinzaine de jours.

Enfin, dans deux autres cas, nous avons observé, à la suite d'une injection aseptique de cyanure, un empâtement de la fesse qui était tendue, douloureuse et chaude, comme après une injection de calomel.

Ces deux malades eurent pendant quelques jours la vraie démarche

calomélique; d'ailleurs les injections de cyanure, qu'elles soient à 0,01 ou à 0,02 centigrammes, sont si nettement douloureuses que tous les auteurs, qui l'emploient ou l'ont employé, reconnaissent la nécessité d'y adjoindre de la cocaïne ou du gaïacol. Il est courant d'injecter, par chaque centimètre cube, 0,02 centigrammes de cyanure d'hydrargyre, avec une dose égale de cocaïne. Or, nous croyons qu'il est inutile d'intoxiquer journellement, même avec de faibles doses de cocaïne, des syphilitiques déjà suffisamment infectés et débilités.

Toutes nos injections ont été faites en employant la formule suivante : Cyanure de mercure. 2 gr. ; chlorure de sodium. 0,75; eau distillée 100, ce qui fait 0,02 de cyanure par centimètre cube en solution isotonique. Nous avons employé la dose de 0,02 qui peut, au premier abord, paraître excessive, parce qu'avec les doses plus faibles on n'obtient pas de résultats thérapeutiques, ni suffisamment rapides, ni assez complets, ni surtout assez *durables* (c'est d'ailleurs notre reproche général aux injections solubles), tout en conservant les mêmes inconvénients que la dose courante d'un centimètre cube. Sans oublier que c'est M. Abadie qui a fait à la Société de dermatologie les premières communications sur le cyanure de mercure (injections intraveineuses), nous rappellerons que M. Galezowski, qui, le premier en France, a employé contre la syphilis oculaire le cyanure de mercure en injections sous-cutanées, reconnaît aujourd'hui (*Leçons cliniques d'ophthalmologie*, 1902, page 139) qu'à faibles doses, 5 et 10 milligrammes, le cyanure est inactif et ne met pas le malade à l'abri des phénomènes d'empoisonnement. Or, notre dose de 0,02 centigrammes de cyanure n'est pas exagérée ; car si nous calculons l'équivalence du cyanure, et si nous la comparons à celle du biiodure par exemple, nous voyons que 0,02 centigrammes de cyanure correspondent par leur teneur en mercure, ce qui est en somme l'agent essentiel, à quelques milligrammes près, à *0,04 centigrammes de biiodure*. Or, cette dernière dose, en solution aqueuse, est parfaitement supportée, ne cause ni *douleur*, ni *induration*, ni *intoxication*, et à l'appui de cette affirmation, nous avons déjà réuni assez d'observations prouvant qu'il n'y a qu'avantage dans les cas sérieux et pas d'inconvénient à injecter une solution aqueuse de biiodure à 0,05 par centimètre cube (une par jour pendant 10 à 12 jours de suite; cesser 10 jours et reprendre 12 jours, etc.), résultats que de nouveaux faits ont encore confirmés depuis notre communication de mai dernier à la Société de dermatologie.

Mais ce qui nous a le plus frappés et nous a paru le plus intéressant à signaler, ce sont les *érythèmes scarlatiniformes généralisés*, survenus chez deux des malades traités par les injections de cyanure, érythèmes d'une intensité extraordinaire accompagnés de phé-

nomènes généraux à début brusque et à grand fracas clinique, sans d'ailleurs être suivi de phénomènes graves. Voici le résumé de ces deux observations d'*hydargyrie externe* par injections intramusculaires.

1° K..., âgée de 18 ans, entre salle 17, le 11 janvier 1902, pour un syphilome péri-anal, papulo-érosif. A partir du 14 janvier jusqu'au 20 janvier, la malade reçoit tous les jours une injection de cyanure de mercure à 2 centigrammes par centimètre cube, soit sept injections.

Le 21 janvier au matin, la malade en se réveillant aperçoit une éruption qui couvre presque tout le corps. Elle vient très effrayée se faire examiner. Son corps est couvert d'un érythème polymorphe d'un rose très vif revêtant la forme de demi-cercles, de placards, de croissants, de piqueté. L'éruption est surtout développée du côté droit. La figure est rouge, vultueuse, la température est à 38°. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine. L'apparition de l'éruption a été très brusque et s'est faite la nuit, car la veille au soir la malade n'avait absolument rien. On porte le diagnostic d'éruption hydrargyrique externe, on met la malade au régime lacté.

Le lendemain l'éruption est généralisée. La peau a une teinte rouge vif uniforme, comme dans la scarlatine. Pendant trois jours la malade a de la fièvre, sa température oscille autour de 39°. Mais peu à peu l'éruption diminue et le 26 elle a disparu. Le 28 janvier la malade est complètement guérie; il n'existe plus ni fièvre, ni rougeur, il n'y a pas d'albumine dans les urines. Le diagnostic d'éruption hydrargyrique scarlatiniforme est donc conservé. La malade est levée, travaille et mange de grand appétit.

Cependant le 3 février, vers midi, nous faisons de nouveau à la malade une injection de cyanure de mercure, mais à la dose de 1 centigramme seulement. Vers la fin de l'après-midi, la malade est reprise brusquement d'une éruption intense et généralisée, d'un rouge vif, en tout semblable à la première, et le soir la température atteint 40°,4. Le 5 février l'éruption commence à pâlir et à diminuer, la température tombe et le 10 février, comme après le premier épisode, tout est rentré dans l'ordre. Cette seconde piqûre de 1 centigramme de cyanure, reproduisant en quelques heures une nouvelle éruption mercurielle généralisée, en tout semblable à la première, a la valeur d'une véritable expérience. Ces éruptions sont donc bien dues au cyanure.

Comme le syphilome péri-anal n'est pas encore complètement guéri, nous laissons la malade se reposer quelque temps et, le 17 février, nous reprenons les injections, mais cette fois avec une solution de biiodure aqueux à 15 milligrammes par centimètre cube, et avec la crainte de voir réapparaître les accidents; mais cette injection est parfaitement tolérée et nous faisons ainsi trente piqûres suivies de biiodure aqueux à 15 et à 20 milligrammes par centimètre cube. Il ne s'est plus produit chez cette malade le moindre incident ni la plus petite éruption.

De l'observation de cette seule malade, nous n'oserions pas tirer cette conséquence que le cyanure prédispose aux éruptions mercu-

rielles, si peu de temps après nous n'avions observé chez une autre malade de la série la même éruption scarlatiniforme typique.

2° T..., âgée de 20 ans, entre salle 3, le 4 mars 1902, pour une roséole maculeuse à larges éléments et des plaques muqueuses qui couvrent les deux amygdales.

On lui fait, à partir du 10 mars, tous les jours, une injection intra-musculaire de 0,02 centigrammes de cyanure de mercure par centimètre cube. Le 17 mars au matin, la malade nous fait remarquer une éruption rosée qui couvre ses mains et ses avant-bras. Ayant encore présente à l'esprit l'histoire de notre première malade, nous suspendons aussitôt le traitement. Mais le soir même, la malade a une éruption scarlatiniforme généralisée typique étendue à tout le corps et ressemblant exactement, point par point, aux deux éruptions de la précédente malade. Même éruption, apparition également brusque et dramatique, température aussi élevée, absence d'albumine.

Le 18 et le 19 mars, l'éruption atteint son maximum; puis elle pâlit, diminue rapidement, et le 23 mars, il ne reste plus trace de tout ce cortège de phénomènes alarmants. La malade est debout et ne ressent aucune douleur. Pas la moindre desquamation dans l'un et l'autre cas. Nous n'osons plus refaire à cette malade une injection de cyanure même à la dose de 0,005, persuadés à l'avance d'avoir de nouveau le soir même une éruption scarlatiniforme généralisée. Le 26 mars, nous faisons à la malade une injection de biiodure aqueux à la dose de 0,02 centigrammes par centimètre cube et nous la continuons pendant 10 jours. Ces injections ont été parfaitement tolérées, et la malade sort guérie.

Voici donc, sur dix malades, deux cas où le cyanure a produit une éruption hydrargyrique intense, généralisée scarlatiniforme; et on ne peut invoquer ici une idiosyncrasie quelconque, car les deux malades ont parfaitement supporté un autre sel de mercure, en l'espèce le biiodure aqueux, comme elles en auraient probablement supporté un tout différent, et cela immédiatement après.

Et on ne peut invoquer la dose de 2 centigrammes comme trop élevée parce que la première malade, après une injection de 1 centigramme, refit une seconde éruption, aussi intense que la première. De plus, ces éruptions hydrargyriques se sont produites chez la première malade après six piqûres et chez la deuxième après 7. Les quantités de mercure absorbées n'étaient donc pas encore assez considérables pour amener saturation. Mais le cyanure est toxique, et toxique non seulement comme sel mercuriel, mais en tant que contenant un radical cyanogène.

Il nous a paru intéressant de rapporter tous ces accidents observés sur une série de dix malades, prises absolument au hasard, toutes jeunes, robustes (sans aucune lésion rénale ou hépatique, après comme avant) et placées dans les meilleures conditions de surveillance pour bien tolérer ces injections, parce que le cyanure de mer-

cure jouit d'une réputation d'efficacité que les faits ne soutiennent pas et parce qu'il peut parfois causer des phénomènes d'intolérance dont il est bon d'être prévenu puisqu'on peut les éviter par d'autres préparations plus actives encore contre la syphilis, ce qui est le but, en somme, à atteindre.

M. Brocq. — J'ai fait très souvent usage du cyanure de mercure, je l'injecte couramment à la dose de 1 centigramme, j'en ai obtenu de très bons résultats et n'ai jamais observé d'érythème scarlatiniforme comme M. Barthélemy. L'inconvénient le plus ennuyeux de ce médicament est qu'il provoque la formation de nodosités persistantes.

M. Barthélemy. — Je me suis sans doute mal expliqué. Je n'ai pas dit que le cyanure fût un mauvais médicament, et je l'ai employé et conseillé souvent depuis que M. Abadie nous en a parlé ici même. Mais je dis qu'employé à des doses suffisantes pour agir d'une manière énergique et durable contre l'infection syphilitique, il faut l'employer à des doses doubles de celles qui sont habituellement prescrites, soit à 2 centimètres cubes par jour, en une fois, au lieu d'un seul. Il faut bien savoir qu'une préparation mercurielle ne modifie le pronostic de la syphilis et ne préserve par exemple du tertiarisme, que si elle est employée à dose suffisante par rapport à sa teneur en mercure. Toute la question est là : trouver une préparation mercurielle qui soit bien tolérée par l'organisme infecté et qui ait un équivalent élevé de mercure. Cela étant bien entendu, il faut employer le cyanure de mercure à la dose quotidienne double de celle qui est employée couramment pour avoir par exemple une dose de mercure égale à celle que donne une dose de 4 centigrammes de biiodure de mercure (qui est la dose bien tolérée en solution aqueuse, comme nous l'avons dit dans une précédente communication, M. Lafay, M. Lévy-Bing et moi).

Eh bien, à cette dose, plus forte que celle employée d'habitude, il nous a paru que le cyanure donnait lieu à beaucoup plus d'accidents locaux que le biiodure par exemple.

Note sur l'histogénèse, la forme et la valeur diagnostique des cellules géantes plasmatiques à propos d'un cas de syphilides psoriasiformes.

Par MM. Gastou et Nicolau.

Les préparations que nous avons l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'une biopsie faite chez un malade atteint de *syphilides psoriasiformes.*

Voici en quelques mots la description clinique du cas:

X..., âgé de 23 ans, de profession journalier, contracte, il y a 3 mois, un chancre syphilitique à la verge, accompagné d'une forte adénopathie double inguinale. Deux mois après, éruption secondaire, caractérisée par des papules larges, saillantes, très infiltrées, très nodulaires au toucher,

recouvertes de squames épaisses, blanchâtres qui se détachent facilement par le raclage. L'éruption était tout à fait psoriasiforme, sans toutefois présenter les localisations typiques du psoriasis, autour des coudes et des genoux, et sans donner le signe dit « de la tache de bougie »; elle occupait surtout le tronc, les membres et le front. La couleur des squames était d'un blanc tirant légèrement sur le jaune, plutôt que blanc nacré comme dans le psoriasis vrai. Le volume des papules variait suivant les régions ; plus petites sur les membres où elles ne dépassaient pas le volume d'une lentille, elles atteignaient sur le tronc et surtout dans le dos, la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Plaques muqueuses buccales, alopécie en clairière. L'état général du malade médiocre, anémie assez accentuée. Comme cause débilitante générale qui aurait pu favoriser cette éruption secondaire, insolite pour ainsi dire dans les syphilis d'intensité habituelle, le malade nous avoue avoir fait abus de boissons alcooliques, et surtout d'absinthe. Il n'a pas fait de maladies générales antérieures, pas de lésions organiques actuelles, il n'a jamais eu de maladie de peau.

La biopsie a porté sur un des éléments de l'éruption qui occupait la région scapulaire.

La pièce a été fixée dans l'alcool à 80°, incluse dans la paraffine et débitée en coupes en série.

Les procédés de coloration ont été les suivants : Hématoxyline-éosine, bleu polychromique, décoloration par la Glycerinaethermischung de Unna, thionine, bleu de méthylène (Höchst), van Gieson, safranine, Gram-éosine, rubine acide, orcéine (Unna-Tänzer).

Il nous a paru intéressant de présenter à la Société les préparations microscopiques de ce cas, en les accompagnant des réflexions qu'elles nous ont suggérées et que nous souhaitons soumettre à votre critique. En effet, en dehors des lésions, pour ainsi dire banales qu'offre n'importe quel infiltrat syphilitique, ces coupes nous montrent plusieurs particularités intéressantes, qui sont de nature, à notre avis, à jeter quelque lumière sur un des points les plus obscurs de l'inflammation en général, l'histogénèse et le rôle des cellules géantes. Ceci dit, il nous tarde de passer à la description succincte de la lésion, et pour y mettre un peu d'ordre, nous croyons utile de commencer par décrire les lésions de l'épiderme, pour passer ensuite à l'étude cytologique des éléments qui constituent la néoplasie syphilitique en question.

L'*épiderme*. — A la périphérie de la lésion (sur les côtés latéraux de la coupe), les différentes couches de l'épiderme, sauf une légère hyperkératose, sont normales ; les cônes épithéliaux sont un peu allongés et hypertrophiés. A mesure qu'on avance vers le centre, et commençant juste au même point que l'infiltration dermique, l'épiderme est très altéré et présente une profonde désorganisation de ses différentes couches constitutives.

Tout d'abord il est refoulé en masse, de bas en haut par l'infiltration sous-jacente ; le dessin festonné que décrivent à l'état normal les cônes inter-

papillaires a disparu en différents endroits, et là même où ils persistent encore ils sont amincis et comme étranglés par suite de la compression latérale qu'exerce sur eux la même infiltration.

A un examen d'ensemble, à un petit grossissement, on voit que l'épiderme, par suite de la disparition des couches intermédiaires, tout comme dans le psoriasis vrai, est constitué seulement par deux couches, d'inégale importance comme épaisseur, se succédant l'une à l'autre presque sans transition : la couche de Malpighi et la couche cornée, très hypertrophiée, qui constitue la squame de la lésion.

Chemin faisant nous aurons l'occasion de relever encore d'autres points d'analogie entre la constitution de cette squame, et celle du psoriasis vrai.

La couche de Malpighi est très réduite d'épaisseur, par places elle est tellement mince, que la couche papillaire n'est séparée de la couche cornée que par une ou deux assises cellulaires.

Les cellules de la première rangée ont généralement perdu leur forme cylindrique, leurs bases sont partiellement décollées de la membrane hyaline. De distance en distance on observe des cellules en karyokinèse, qui témoignent de l'activité rénovatrice de l'épiderme pour suppléer à l'usure exagérée produite par la desquamation.

Le noyau en général est bien conservé. Le protoplasma des cellules de la couche de Malpighi présente un état de tuméfaction trouble, les épines intercellulaires sont devenues moins nettes, et parfois elles sont remplacées par de véritables ponts intercellulaires.

Dans la plupart des cellules, il existe une sorte d'espace clair périnucléaire ; mais nous n'attachons pas grande importance à cet état, vu qu'on le rencontre même dans les endroits où l'épiderme paraît normal. Peut-être ne s'agit-il là que d'un artifice de préparation dû aux réactifs durcissants.

Dans toute l'épaisseur de la couche malpighienne, on observe un nombre considérable de leucocytes polynucléaires neutrophiles en migration, qui se frayent un chemin à travers les espaces intercellulaires, qu'ils dilatent par places sous forme de petites vésicules, contenant 2, 3 ou 4 leucocytes. Leur forme est plus ou moins modifiée, modelée d'après l'espace qu'ils sont obligés de traverser, mais leur noyau est d'aspect normal.

Nous retrouverons ces mêmes leucocytes au niveau de la couche cornée, but final de leur pérégrination.

La transition entre la couche malpighienne et la couche cornée se fait brusquement ; peut-être les assises supérieures du corps muqueux sont légèrement aplaties. En tout cas, les stratum granulosum, intermedium et lucidum sont disparus.

La *couche cornée* est très épaissie et représente, à elle seule, les trois quarts de l'épaisseur totale de l'épiderme. C'est elle qui constitue la lésion épidermique appréciable cliniquement, c'est-à-dire la *squame psoriasiforme*. Voyons maintenant si cette apparence clinique est justifiée également au point de vue histologique.

En effet, la couche cornée est constituée par un nombre considérable d'assises cellulaires qui forment autant de stratifications successives ; les cellules en sont lamelleuses, très pauvres en protoplasma, ayant conservé

leurs noyaux qui sont également aplatis dans le sens vertical (parakératose). Nous avons dit plus haut que la couche granuleuse est disparue, en tant que couche nettement distincte ; le fait est exact. Mais si on observe attentivement et à un fort grossissement les cellules cornées, surtout dans les coupes colorées par le procédé de Gram (violet de gentiane), éosine, on observe à l'intérieur du protoplasma d'un assez grand nombre de ces cellules, de petits grains très fins, pulvérulents, qui donnent toutes les réactions de la kératohyaline.

De distance en distance, les différentes assises cellulaires sont clivées, disjointes mécaniquement sur une plus ou moins grande étendue, par des amas de leucocytes polynucléaires, qui ont émigré du derme à travers l'épiderme, pour former dans la couche cornée de véritables abcès. Ces abcès, on les trouve dans les différents étages de la couche cornée ; leur point de formation paraît être à la base de la couche cornée, mais par suite de la rénovation continuelle des couches de l'épiderme, ces nids cellulaires changent d'étage, en remontant passivement avec les assises cellulaires entre lesquelles ils se trouvent emprisonnés, jusqu'à ce qu'ils arrivent à la surface de la squame, pour être rejetés dehors. Le processus qui préside à la formation de ces abcès étant presque continu, on conçoit facilement qu'à mesure que les anciens remontent, d'autres se reforment à la base, et ainsi de suite. La migration active des leucocytes à travers les assises denses de la couche cornée, serait à la rigueur aussi possible, mais elle est peu probable. On ne voit presque pas de leucocytes isolés, et on a l'impression que l'abcès remonte en masse passivement.

Les leucocytes qui constituent le contenu de ces abcès sont très déformés, mais leur noyau se colore encore. Nous n'avons pu déceler, par aucun des procédés employés, la présence de quelque espèce microbienne, soit à l'intérieur de ces abcès, soit entre les couches de l'épiderme, soit à sa surface.

De la description que nous venons de faire, il résulte qu'on pourrait définir la squame de la *syphilide psoriasiforme*, comme une série d'abcès microscopiques, emprisonnés entre les lames de l'épiderme corné, hypertrophié et en état de parakératose.

Munro, qui a fait sur l'histologie du *psoriasis vrai* une étude très intéressante, a constaté l'existence de ces mêmes abcès, et il en a fait la lésion élémentaire initiale type du psoriasis vrai. La présence de ces abcès intra-épidermiques lui a suggéré même une hypothèse pathogénique du psoriasis; il a émis l'opinion que ces lésions seraient d'origine externe, microbienne, qui appelleraient chimiotactiquement les leucocytes dans les points envahis. Malheureusement pour la démonstration de cette hypothèse, il n'a trouvé aucune espèce microbienne.

Mais, comme nous venons de le démontrer, ces petits abcès cornés considérés par Munro comme lésion élémentaire type du psoriasis vrai, peuvent se rencontrer dans la squame d'autres lésions psoriasiformes — de la syphilide psoriasiforme en l'espèce, — et par conséquent, tout en constituant une lésion spéciale aux différents états psoriasiformes, ils ne sont pas une lésion propre de psoriasis vrai. Ce serait un des cas, très fréquents en pathologie cutanée, où sous l'influence de plusieurs causes différentes, la

peau réagit de la même façon, un *mode de réaction* histologique de la peau.

En ce qui concerne la raison d'être de ces abcès, si l'on juge par analogie, on serait porté à admettre leur origine externe, microbienne peut-être. C'est là l'opinion de Munro. Mais l'absence complète de toute espèce microbienne à l'intérieur de ces abcès ou à la surface de la peau (tant dans son cas que dans le nôtre), leur constatation dans la syphilide psoriasiforme, dont les lésions procèdent incontestablement de l'intérieur vers l'extérieur, nous font émettre quelques réserves à cette manière de voir. Il est certain qu'un processus aussi profond, aussi massif, qui tient même probablement sous sa dépendance l'hyperkératose, n'est pas fortuit, qu'il doit avoir une signification importante; mais elle nous échappe complètement quant à présent.

Le *derme* et les *papilles* sont le siège d'une forte infiltration cellulaire qui, observée à un faible grossissement, présente dans son ensemble l'aspect d'une surface triangulaire, dont le sommet dirigé en bas pénètre jusque dans le tissu conjonctif sous-cutané et envoie des prolongements autour des follicules pilo-sébacés et des glandes sudoripares qui présentent des altérations périphériques très marquées. Les limites de cette infiltration se perdent insensiblement dans les tissus environnants. Il n'y a pas de foyers dégénérés. Au niveau des follicules pilo-sébacés l'hyperkératose et les abcès miliaires existent au maximum.

Si on l'examine à un plus fort grossissement, on constate qu'elle est composée d'éléments cellulaires plus denses autour et au long des vaisseaux, mais en somme, ces territoires périvasculaires se touchant presque par leurs limites, l'infiltration a l'air plutôt diffuse. Cette masse est soutenue par une charpente constituée par ces mêmes vaisseaux et par un réticulum très fin de tissu conjonctif, composé de fibrilles très minces.

Dans les préparations colorées par le procédé d'Unna-Tänzer, on constate que les fibres élastiques existent dans les parties périphériques (non lésées) de la coupe; dans le voisinage de l'infiltration elles commencent à devenir plus minces, se fragmentent, leurs extrémités se recroquevillent, pour disparaître complètement sur toute l'étendue de l'infiltration, tant au niveau des papilles que dans le derme.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont très nombreux, très dilatés, dans leur lumière on observe un grand nombre de leucocytes surtout mononucléaires; nous n'avons pas constaté de thromboses vasculaires. L'endothélium des vaisseaux est tuméfié, troublé et détaché par places ; leur paroi est infiltrée sans présenter de dégénérescence hyaline ou colloïde.

A l'intérieur des vaisseaux, tant sanguins que lymphatiques, on observe un certain nombre quelquefois assez important de petits corpuscules, isolés ou disposés par groupes de 3 ou 4, mesurant 1μ,2 ou peut-être 1μ,5 de diamètre, ayant tous exactement la même forme et la même dimension, de constitution homogène, se colorant d'une manière intense, brillante par l'éosine, plus intense que le protoplasma des cellules environnantes, de façon qu'ils ressortissent très bien. Ils ne se colorent pas par les couleurs basiques d'aniline, ni par le procédé de Gram. — Nous n'insisterons pas

davantage pour le moment sur la nature de ces éléments, car nous aurons l'occasion d'y revenir en étudiant leurs rapports avec quelques-uns des éléments cellulaires de l'infiltrat.

Au point de vue cytologique, l'infiltration est constituée par plusieurs types morphologiques de cellules, dans des proportions numériques différentes : *lymphocytes mononucléaires* (*polyéidocytes* de Darier), *plasmazellen* (qu'on reconnaît à leur noyau rond excentrique, à gros grains de chromatine disposés en couronne à la périphérie, zone claire périnucléaire et protoplasma granuleux très basophile), *cellules d'apparence épithélioïde* mononucléaires ou à plusieurs noyaux et qui par des transitions de forme insensibles nous conduisent à de vraies *cellules géantes*, des *cellules conjonctives* plus ou moins hypertrophiées et ramifiées (spinnenzellen de Unna), quelques *mastzellen* (forme ronde et fusiforme) et enfin quelques leucocytes polynucléaires neutrophiles.

De tous ces éléments ce sont les lymphocytes mononucléaires, les plasmazellen, les cellules épithélioïdes et les cellules géantes qui prédominent; mais elles ne présentent pas la disposition qu'on observe dans les tubercules types, ou dans les granulomes en général, c'est-à-dire des couches successives de lymphocytes et de cellules épithélioïdes centrées par une cellule géante ; tous ces éléments sont disséminés irrégulièrement et un peu partout.

Quelle est l'origine et la destination de ces différentes variétés cellulaires? existe-t-il entre elles un certain lien de parenté? en d'autres termes sont-elles de types cellulaires à part, ou bien sorties d'une souche commune ne représentent-elles que des modifications morphologiques en vue d'un rôle spécial qu'elles seraient appelées à jouer dans l'inflammation.

Les travaux modernes paraissent confirmer cette dernière manière de voir. En effet les nouvelles méthodes de coloration ont permis d'établir que la plupart des cellules de l'infiltration nodulaire sont des plasmazellen petites; que les cellules épithélioïdes sont ces mêmes éléments modifiés, et que les cellules géantes ne représentent qu'une modification plus avancée.

Le désaccord commence en ce qui concerne l'origine de la plasmazellen. Pour Unna, elle proviendrait de la multiplication des cellules conjonctives. Pour d'autres, Darier, Pappenheim, Jadassohn, Marschalko, elle dériverait des lymphocytes mononucléaires.

La question paraît résolue dans ce dernier sens par les récents travaux de Dominici, qui dans la rate des animaux saignés a observé toutes les formes de passage entre le lymphocyte mononucléaire et la plasmazellen (1). Comme on voit, l'unification orginelle de toutes ces variétés cellulaires tend à se faire de plus en plus.

Maintenant si nous nous en rapportons à notre cas, cette manière de voir

(1) L'un de nous (Nicolau) a eu récemment l'occasion de faire la même constatation, dans des coupes des ganglions syphilitiques, provenant d'un individu mort pendant la période secondaire. Le centre germinatif des follicules était occupé exclusivement par des lymphocytes ; à la périphérie des follicules il y avait beaucoup de plasmazellen typiques, et dans la zone intermédiaire toutes les formes de passage entre ces deux types cellulaires.

trouve pleine confirmation. Dans les coupes colorées par le bleu de Unna et décolorées par la glycerinæthermischung, on voit des plasmazellen typiques de toutes les dimensions. Quelques-unes subissent des modifications successives qui les transforment en cellules épithélioïdes, modifications qui consistent en ceci : le corps cellulaire s'agrandit, subit comme une sorte de gonflement, il devient plus homogène avec un espace central plus pâle. Le noyau, toujours excentrique, est devenu plus ovale, et a perdu ses gros grains de chromatine. Les coupes colorées à l'hématoxyline-éosine sont encore plus instructives pour l'étude des cellules épithélioïdes, en ce sens qu'elles nous permettent de nous rendre compte mieux de la constitution et en quelque sorte de la condition obligatoire qui accompagne la formation de cette zone pâle à l'intérieur du protoplasma. En effet, partout où il existe, il est centré par un point sphérique, se colorant par l'éosine en rouge plus intense que le protoplasma, et présentant les dimensions et tous les attributs morphologiques des corpuscules qu'on rencontre dans les vaisseaux, et que nous avons décrits plus haut. De ce point central partent dans une direction radiée de fins filaments très pâles qui se perdent dans le protoplasma.

Nous ne pouvons pas émettre une opinion définitive sur la nature et sur le rôle de ces corpuscules bizarres. Néanmoins leur forme caractéristique, leur constatation à l'intérieur des vaisseaux, et d'autre part à l'intérieur des cellules épithélioïdes et géantes où ils paraissent être la cause d'une dégénérescence spéciale, leur donnent une singulière importance. Ce corpuscule intracellulaire est ordinairement unique et l'image qu'il dessine dans toutes les cellules où il existe est très caractéristique.

Quelques-unes des cellules épithélioïdes présentent la modification suivante. Leur corps devient plus grand ; leur protoplasma plus acidophile ; leurs noyaux commencent à se multiplier, très probablement par division directe, car d'une part nous avons pu voir des noyaux en état de strangulation et séparation, et d'autre part nous n'avons observé aucune figure de karyokinèse. Le corps cellulaire ne suivant pas la division du noyau, il résulte des cellules à plusieurs noyaux. Dans la plupart on observe encore le corpuscule dont nous avons parlé plus haut.

A côté de ces cellules à 2 noyaux, il en existe d'autres qui ne diffèrent que par des tailles proportionnellement plus grandes et qui présentent 3, 4, 5, 10, 20, 30 noyaux, d'où formation de cellules géantes énormes. A l'intérieur de quelques-unes de ces cellules géantes on rencontre également le corpuscule décrit.

Quelques auteurs refusent de considérer comme cellules géantes ces cellules qui ne contiennent qu'un petit nombre de noyaux. Unna les appelle chorioplaxes. Si on ne les voyait qu'à l'état isolé, évidemment il serait difficile de se prononcer sur leur nature ; mais quand on a l'occasion de voir, comme dans notre cas, tous les degrés intermédiaires, à partir de la cellule à 2 noyaux jusqu'à la cellule géante parfaite, on est bien embarrassé de fixer où commence la cellule géante vraie.

Cette série ininterrompue ne fait qu'accentuer davantage la relation histogénique des cellules géantes, épithélioïdes et plasmatiques.

De ci, de là on observe des grosses cellules géantes (nous n'avons pu

constater ce détail que dans les grosses cellules géantes, ayant au moins 6 à 7 noyaux) qui se comportent comme de vrais *macrophages*. C'es-à-dire que le protoplasma devient très acidophile, réticulé, les bords de la cellule découpés irrégulièrement, frangés, et à son intérieur un nombre variable d'éléments étrangers englobés (lymphocytes, leucocytes polynucléaires surtout), et entourés d'une zone très claire qui leur forme comme une cavité. Ces éléments ne paraissent pas très altérés, leur forme est assez bien conservée, et ils fixent bien les couleurs basiques.

Avant de terminer la description de cette infiltration syphilitique, nous devons ajouter qu'étant de date récente, elle ne présente pas encore une tendance marquée à la sclérose. On observe néanmoins de place en place quelques plasmazellen, dont le corps s'allonge, devient fusiforme, ses extrémités se terminent par une mince fibrille, présentent l'aspect des cellules conjonctives embryonnaires, et n'étaient : leur noyau rond, riche en chromatine, l'espace clair périnucléaire et leur protoplasma basophile et granuleux, on hésiterait à les considérer comme plasmazellen. — La possibilité pour les plasmazellen d'engendrer des cellules fibroplastiques, cadre bien avec le fait que dans la syphilis, qui est une maladie à évolution fibreuse, le nombre des plasmazellen est particulièrement grand. Ce serait une nouvelle modalité évolutive de la plasmazelle. Ceci prouve que l'abîme entre les cellules du tissu conjonctif et les éléments de la série lymphogène n'est pas aussi profond qu'on a tendance à se le représenter et qu'entre ces deux systèmes il y a souvent équivalence et suppléance.

Conclusions. — Sans entrer plus complètement dans la discussion de l'origine conjonctive ou lymphoïde des plasmazellen, il nous a semblé intéressant de résumer les particularités essentielles de cette note histologique, à savoir :

1° L'existence de modifications cellulaires démontrant le passage de la plasmazelle aux amas épithélioïdes et à la cellule géante.

2° La présence dans ces espèces cellulaires ou dans leur groupement d'éléments phagocytés non formés par les cellules elles-mêmes et les transformant en véritables macrophages.

3° La possibilité par la constatation : *a*) de l'évolution ; *b*) du groupement ; *c*) du rôle phagocytaire, d'arriver à déterminer l'existence de véritables cellules géantes plasmatiques.

4° L'importance de ces cellules géantes plasmatiques qui, si leur existence était confirmée dans les lésions syphilitiques, pourraient être opposées aux cellules géantes nécrotiques de la tuberculose et faciliter le diagnostic entre la syphilis et la tuberculose dans les cas douteux.

M. Darier. — Les cellules géantes dont parle M. Gastou s'observent dans la syphilis, dans la tuberculose, dans l'acné ; ces éléments ne sont donc pas par eux-mêmes caractéristiques de telle ou telle affection, le diagnostic histologique se fait bien plutôt d'après leur localisation, leur groupement, et l'aspect d'ensemble des coupes où on les rencontre.

Note sur un cas de dystrophies diverses, qu'on a coutume de rapporter à l'hérédité syphilitique, observées sur une femme atteinte de syphilis récemment acquise.

Par M. Barthélemy.

Debove, cité par Leloir, aurait observé un cas de tabes déjà ancien sur un sujet qui venait de prendre la syphilis. Ce fait est déjà anormal, puisque même sont rares les cas de tabes coexistant avec des accidents tertiaires en activité.

Il y a lieu de bien distinguer entre l'hérédité syphilitique, c'est-à-dire les diverses dystrophies, les stigmates multiples qui montrent que le développement a été troublé, vicié, dévié, rendu incomplet. L'organisme a souffert de la syphilis des parents, mais il est resté indemne du virus, il est seulement affaibli, il n'est pas atteint de syphilis, et par conséquent, il peut, à son tour, prendre la syphilis pour son compte. J'en ai rapporté deux exemples dans la thèse de Riocreux sur la syphilis paternelle et j'en ai publié un cas dans les bulletins de cette Société. Nombreux sont les cas où des enfants, dystrophiés par la syphilis ancienne d'un des parents, sont nés assez indemnes de syphilis pour pouvoir contracter eux-mêmes la syphilis dans la suite de leur existence. C'est probablement à un fait de ce genre que nous avons eu affaire dans l'observation ci-jointe où les dystrophies caractéristiques se sont montrées multiples et plus marquées que dans les autres cas analogues.

Dans l'hérédo-syphilis, au contraire, le sujet a eu de véritables manifestations spécifiques, et il ne peut probablement plus jamais prendre la syphilis pour son compte.

Louise V..., âgée de 25 ans, entre à Saint-Lazare, dans le service de M. Barthélemy, le 14 février 1902, pour une syphilide papulo-érosive de la grande lèvre gauche.

Cette malade nous a paru intéressante, d'abord parce qu'elle présente des dystrophies, d'origine probablement hérédo-syphilitique, ensuite parce qu'elle a elle-même, à l'âge de 24 ans, contracté la syphilis pour son propre compte.

La malade, qui est pourtant assez intelligente, n'a pu nous donner ni renseignements bien complets, ni détails bien précis sur ses antécédents personnels et héréditaires.

Sa mère est morte à l'âge de 44 ans, d'une maladie de cœur. Son père, âgé de 46 ans, est bien portant ; il exerce la profession d'homme de peine, et, au dire de la malade, n'est pas un alcoolique. Sa mère a eu sept grossesses ; sur ces sept enfants, cinq sont morts très jeunes.

Il ne reste actuellement que deux filles ; elles sont venues toutes deux à terme et notre malade est l'aînée.

V... a eu une enfance chétive et souffrante ; elle n'a eu ni convulsions, ni crises nerveuses. Son développement s'est fait à peu près normalement, et

elle a marché de bonne heure. Elle sait lire, écrire et compter. Elle a été réglée à 16 ans, régulièrement, une fois par mois, pendant 2 à 3 jours.

En 1897, à l'âge de 20 ans, elle accouche à terme d'un garçon bien portant, qui meurt peu de jours après, en nourrice; elle n'a jamais fait de fausse couche.

Dans son enfance, on ne relève ni écoulements d'oreilles, ni accidents oculaires.

Son système osseux est normal et ses organes génitaux bien développés.

C'est la figure seule qui porte toutes les traces de dégénérescence.

Le front est bombé en masse; les bosses frontales sont inégalement proéminentes, plus à droite qu'à gauche (asymétrie faciale).

Le nez est malformé, avec le bout très relevé ; il affecte la forme dite en « coup de hache »; c'est chez elle une malformation congénitale par insuffisance de développement, par agénésie plutôt que par atrophie, du squelette nasal.

Les *dents sont dystrophiées au maximum.* Elles sont amincies, écartées les unes des autres, mal plantées, naines ; de plus, très vulnérables, friables, elles présentent des stries transversales, des encoches, des érosions, des cuspides crénelées. Elles ont une teinte verdâtre, qui a toujours existé et n'est nullement due au défaut de soins. Bref, elles sont tout à fait atypiques et bouleversées, et quelques-unes sont cariées. Nous présentons le moulage de ces dents, moulage pris directement au plâtre.

La voûte palatine n'a pas la forme ogivale prononcée et n'est pas très profonde ni très étroite.

La sœur de notre malade, âgée de 22 ans, que nous n'avons pu examiner, a, paraît-il, les mêmes dystrophies dentaires.

V..., qui offre le véritable type d'hérédo, a été atteinte, au commencement de l'année 1901, d'un chancre syphilitique de la grande lèvre gauche ; elle a été soignée depuis à diverses reprises, et à Saint-Lazare et à Saint-Louis, pour des accidents secondaires.

Deux cas de lèpre mixte traités par l'arrhénal.

Par M. J. Brault.

Danielssen exagérait peu-être un peu, quand il disait que l'arsenic était plutôt nuisible dans la lèpre; en effet, d'après ce que j'ai pu voir ces derniers temps dans mon service, je n'ai pas constaté que le traitement par les nouveaux produits arsenicaux fût nocif; mais je dois immédiatement ajouter que le bénéfice qu'on en retire est très minime. Voici les observations (1) de deux lépreux qui entraient pour la première fois à la clinique de Mustapha et qui ont été soumis à un traitement par l'arrhénal.

Obs. I. — Llopis P..., né à Teulada, province d'Alicante, entre dans le service le 22 janvier. Pas d'autres personnes atteintes dans sa famille, d'après

(1) Je résume les observations prises par nos internes MM. Meyer et Warot.

lui ? Il y a 8 ans, le malade a eu sur les jambes deux grosses bulles qui laissèrent après elles des ulcérations longues à guérir.

Actuellement : facies léonin, nez considérablement affaissé ; la cloison est effondrée ; la figure est glabre, toutefois les sourcils n'ont entièrement disparu qu'à la partie externe ; les lobules des oreilles sont légèrement infiltrés.

Tubercules dermiques et sous-dermiques sur le dos des mains, les avant-bras, le thorax et les membres inférieurs.

Taches fauves sur la poitrine et sur les cuisses. Les pieds présentent un léger degré d'épaississement éléphantiasique, les ongles sont hyperkératosiques, secs et cassants.

Sur les cuisses, on remarque de larges cicatrices cuivrées consécutives aux deux lésions initiales. Sur ces points absolument glabres, la sensibilité est très nettement atteinte, anesthésie complète, sensibilité au tact conservée : il y a donc dissociation syringomyélique ; le choc est également perçu.

Par ailleurs en divers points : retard ou diminution de la sensibilité ou encore hyperesthésie.

En dehors des taches, le dos du pied et les parties inférieures et externes des jambes présentent de l'anesthésie.

Le nerf cubital est épaissi, moniliforme. Les réflexes sont normaux.

Pas d'atrophie du testicule, pas de crises génitales, sens de l'ouïe et de l'odorat conservés, urines normales (1), pas de troubles viscéraux.

Nombreux bacilles de Hansen dans le mucus nasal.

Traitement. — Malade d'abord soumis au chaulmoogra, 5 grammes par jour, arrêt par suite d'intolérance intestinale. Injections de calomel, on cesse au bout de deux, à cause de la stomatite ; c'est alors que j'institue le traitement par l'arrhénal, tout d'abord par la bouche à la dose de 5 centigrammes pro die ; au bout de 9 doses semblables prises de 3 en 3 jours, léger repos ; puis injections hypodermiques à la dose de 5 centigrammes ; 6 injections sont pratiquées. Le malade sort ensuite pour des raisons de famille, le 8 mai. Sous l'influence des topiques son ulcération nasale s'est améliorée, mais du côté des autres manifestations rien n'a rétrocédé ; état général bon, embonpoint.

Obs. II. — Brionès F..., de Cagliosa, province d'Alicante, entré le 23 avril 1902.

La maladie remonte à 4 ans. Au début, éruption bulleuse sur les membres, nombreuses macules, nombreuses cicatrices.

Actuellement : facies caractéristique, amas de petits tubercules sur le front, les joues, les ailes du nez, le menton. Les sourcils ont presque disparu, poils de la barbe et de la moustache très clairsemés.

Rhinite légère ; la muqueuse de la voûte palatine, les piliers et le voile sont infiltrés de lépromes ; œdème pâle de la muqueuse laryngienne, infiltration lépromateuse de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, un gros léprome cache la corde vocale gauche (2).

(1) A propos des urines, je dois dire que j'ai examiné les urines de six lépreux au point de vue de la diazo-réaction d'Erhlich, je n'ai eu que des résultats négatifs.

(2) Sur l'épiglotte on voit une légère ulcération.

Le prépuce est infiltré de grosses masses lépromateuses qui ont amené une atrésie du limbe.

Les cubitaux sont épaissis.

Analgésie et thermo-analgésie au niveau des taches et des cicatrices ; l'anesthésie est surtout marquée à la partie externe des jambes et du talon. L'anesthésie est non seulement superficielle, mais profonde. La sensibilité au tact est conservée, il y a dissociation. Le sens musculaire est aussi intact.

Légère hyperesthésie dans la région génito-crurale.

Réflexes rotuliens un peu exagérés, réflexe crémastérien normal.

Urines normales ; rien du côté des sens, ou des organes viscéraux.

Bacilles de Hansen dans le mucus nasal.

Traitememt. — Circoncision contre l'atrésie du limbe. Inhalations, attouchements laryngés.

Traitement interne : 4 périodes d'injections à 5 centigrammes par jour, pendant 6 jours ; augmentation de poids, effet tonique, pas la moindre régression appréciable des tubercules, ni du côté de la peau, ni du côté des muqueuses.

Dans ces deux cas, on voit qu'à part l'effet tonique que nous avons d'ailleurs constaté dans d'autres affections, l'arrhénal n'a rien produit d'appréciable vis-à-vis de l'affection elle-même (1). Je dois dire du reste que d'une façon générale, à part les palliatifs — petites interventions, topiques, contre les lésions ouvertes — aucun traitement interne ne m'a bien réussi chez les divers lépreux au nombre d'une demi-douzaine qui sont passés par le service dans ces derniers temps. L'hiver dernier j'ai perdu un sujet qui est mort de néphrite ; actuellement j'ai dans le service deux autres malades atteints de la même façon ; ce sont justement ceux qui supportaient le mieux le chaulmoogra, l'un d'eux en a pris jusqu'à 300 gouttes.

Sur les engelures mutilantes des vieillards.

Par M. Ch. Audry.

D'une manière générale, les engelures semblent particulièrement fréquentes dans les pays méridionaux.

Il est remarquable et peu connu que quelques variétés graves sont presque permanentes ; elles offrent des manifestations violentes jusqu'au mois de juin. Quelquefois, chez les adultes, elles per-

(1) J'ai essayé l'arrhénal dans diverses affections cutanées, je n'ai rien obtenu de net. C'est ainsi que j'ai fait plusieurs séries d'injections de 6 à 8 jours, en employant jusqu'à 10 centigrammes pro die, chez une psoriasique ; je n'ai pas obtenu la moindre rétrocession.

Dans la fièvre intermittente paludéenne, l'arrhénal s'est montré bien inférieur à la quinine dans ma section des pays chauds ; il m'a simplement semblé mieux toléré que le cacodylate que j'employais systématiquement comme tonique dans cette affection, depuis au moins 2 ans.

sistent toute l'année, constituant ce que j'ai appelé érythème acro-asphyxique.

On connaît un grand nombre de complications des engelures : déformations des doigts, du nez, des oreilles; angiokératomes ; état angiomateux étendu de la face et du nez, chute des ongles, cicatrices, etc.

Un élève de Dubreuilh, Méneau, étudiant les engelures séniles chroniques, décrit soigneusement les altérations profondes que peuvent alors présenter les ongles ; il mentionne également les déformations de la phalangine sous-jacente ; mais ces dernières ne paraissent pas avoir atteint le degré auquel elles étaient parvenues chez deux de nos malades (1).

L'un et l'autre étaient des vieillards âgés de 70 et 76 ans, qui vinrent à la consultation de la clinique l'un au commencement, l'autre à la fin du présent mois de mai, en pleine poussée d'engelures. Le plus âgé était sourd et fortement artério-scléreux ; l'autre avait présenté un zona de la cuisse 2 mois auparavant.

Tous deux avaient eu, pendant l'enfance, des engelures qui, après la soixantième année, s'étaient manifestées à nouveau avec violence; elles commencent en décembre pour finir en juin ; elles n'occupent que les pieds et les mains, et ne sont réellement intenses que sur les extrémités supérieures.

En dehors des altérations habituelles : état bleuâtre, déformation en boudin, larges phlyctènes, érosions, cicatrices, on trouve des déformations très importantes de la deuxième phalange, déformamations plus ou moins accentuées suivant les doigts. Les déformations frappent soit l'ongle, soit l'evtrémité phalanginienne. Les lésions de l'ongle sont celles décrites par Méneau : couleur bleuâtre ou noirâtre du lit, disparition de la lunule, cannelures, modifications considérables dans la forme et les dimensions qui peuvent être réduites au quart, etc. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point.

Mais un certain nombre de phalangines se trouvent réduites à un tout petit moignon pyramidal, coiffé et recouvert totalement sur la face dorsale par un ongle réduit des deux tiers et dont la matrice est située au niveau de l'interligne articulaire. La phalangine se confond presque avec la phalangette. Elle est réduite à l'os très vraisemblament fort diminué et recouvert par un épiderme tendu, grossier, bleuâtre au-dessous duquel le tissu cellulaire a disparu ; il n'y a plus trace de pulpe digitale. Le volume total de la dernière plalange est réduit au moins des deux tiers. Cependant, en provoquant des mouvements, la mobilité de ce petit moignon persiste.

Cet épiderme n'est pas cicatriciel ; il a conservé ses sillons, sauf

(1) Méneau. *Annales de dermat. et de syphil.*, avril 1897.

en un petit nombre de points; il n'est réellement lisse et rétracté qu'au voisinage immédiat de l'ongle. Parfois on voit une large phlyctène séreuse semblable à celles qui existent encore sur le reste des doigts ou de la main.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité; le reste des doigts n'offre pas autre chose que l'état « boudiné » et des engelures vulgaires. Mais cet état boudiné rend particulièrement frappante l'apparence racornie et recroquevillée du moignon phalanginien.

Une telle déformation a son origine dans les altérations nutritives engendrées dans le tissu conjonctif par la stase prolongée; il n'y a aucune raison pour y voir le résultat de lésions neurotrophiques.

Elle se distingue très aisément des « phlycténoses récidivantes » par l'existence et l'intensité de la stase et des engelures, les exacerbations hivernales et vernales, l'absence d'abcès intra-épidermiques, la persistance des rudiments unguéaux, la non-existence de cicatrices rétractiles, etc., etc.

On peut les comparer aux mutilations que les engelures graves finissent parfois par engendrer sur l'ourlet du pavillon de l'oreille.

Corne syphilitique de la moustache.

Par MM. Ch. Audry et Constantin.

Bien que cela ne soit guère signalé, il paraît certain que la syphilis est capable d'engendrer de véritables cornes qui représentent en somme une modalité particulière des papules. M. Billard, alors interne de la clinique, en a rapporté un cas où la lésion occupait la paume de la main, à la base d'un espace interdigital. Il dit explicitement qu'il s'agit « d'une véritable corne du volume d'un gros pois et de forme conique ». La lésion ne fut pas examinée histologiquement et guérit très bien par le traitement spécifique (1). On pouvait la rapprocher du cas bien connu de Lewin et Heller.

Voici un fait très comparable, mais encore mieux caractérisé :

X..., 29 ans, gymnasiarque, a contracté la syphilis il y a 6 mois. Au bout de 3 mois, violente explosion de plaques muqueuses buccales et linguales, de papules cutanées, etc. Pas de traitement.

Bientôt apparition de papules larges et saillantes, croûteuses, occupant l'entrée des narines ; une papule saillante, large, sèche, sessile se développe dans la moustache, un peu à gauche de la dépression médiane. A peu près à la même époque, à 1 millimètre en dehors et au-dessus de cette papule, en pleine moustache, le malade vit naître et grandir une véritable petite corne cylindrique ; elle avait acquis environ 1 millimètre de hauteur

(1) Billard. *Journal. des mal. cut. et syph.*, juillet 1897, p. 413.

quand il essaya de la couper d'un coup de ciseau; il ne réussit qu'à la décapiter, et la corne se remit à pousser lentement.

A son entrée à la clinique il offrait, outre les plaques muqueuses buccales, les papules hypertrophiques sèches que nous avons mentionnées et qui avaient persisté. Il offrait, de plus, au point indiqué une petite corne cylindrique longue de 15 millimètres environ, d'un diamètre de 3 millimètres.

Sa base était très légèrement étranglée. Son sommet était tronqué, inégal; elle paraissait dure, sèche, comme striée en longueur. De sa base naissaient 3 autres petits prolongements filiformes d'un blanc sale, dont le plus développé atteignait près de 10 millimètres.

Au centre de la grande corne était un gros poil noir. Excision, fixation par l'alcool, paraffine, etc., colorants : picro-carmin, bleu polychrome, hématéine. Au microscope, l'aspect varie naturellement suivant le point où ont porté les coupes qui étaient perpendiculaires à l'axe de la tumeur.

Pour peu qu'on s'éloigne de la base, la préparation présente la section de 8 ou 10 papilles tubulées, les unes avec leur axe central conjonctif, œdémateuses et leurs capillaires, les autres représentées simplement par la section de leur épithélium, quelques-unes coupées à un niveau où elles ne sont plus formées que de cellules cornées, aplaties et denses.

Mais à la base, on voit que la tumeur est formée par un anneau d'épiderme entourant une nappe de tissu conjonctif cloisonnée en deux par un éperon épithélial transversal. Au centre même, sort le poil; il est vraisemblable que si la coupe avait passé plus profondément, on n'eût vu que l'anneau d'épiderme enfermant une nappe conjonctive trouée en son centre par la section du follicule pileux.

La bande épidermique circulaire est constituée par un épithélium corné fortement épaissi, à papilles profondes mais régulières.

En dehors de son épaisseur qui est à peu près triplée et d'un envahissement lymphocytaire intercellulaire actif, cet épiderme ne présente pas d'anomalie notable.

En particulier, la kératinisation n'est pas très exagérée et ne s'accompagne pas des formations qu'on rencontre habituellement dans les cornes ou dans les verrues. Il en est de même pour la bande épithéliale transversale traversée par le poil. Nous ne pouvons donner aucun renseignement sur le follicule de ce dernier qui est beaucoup plus profond.

Le tissu irrégulièrement cloisonné et disposé par les relèvements épithéliaux interpapillaires offre la plus grande analogie avec celui des papules syphilitiques habituelles, à cela près qu'il est disposé non en nappes continues, mais en prolongements irréguliers, rayonnants.

Ce tissu comprend des éléments conjonctifs parcourus par des capillaires, et fortement modifiés par l'inflammation spécifique; celle-ci se traduit par des lymphocytes surtout au voisinage de l'épiderme, mais elle se traduit aussi bien plus vivement par la présence d'infiltrats axiaux formés presque uniquement de cellules plasmatiques nombreuses et parfaitement caractérisées.

Il est à noter que sur les coupes plus élevées, l'axe conjonctif des papilles hypertrophiées ne présente plus de cellules plasmatiques, mais

seulement des lymphocytes et quelques polynucléaires; à ce niveau l'attaque de l'épiderme par les éléments lymphatiques est aussi beaucoup plus intense : on y voit de petits abcès intra-épidermiques, développés soit dans les couches cornées, soit entre les plans superficiels du corps muqueux; ces collections intra-épithéliales sont beaucoup plus rares dans l'anneau qui circonscrit la base.

Dans tous les cas, la limite entre l'épiderme et le tissu sous-épithélial est parfaitement conservée; l'acanthose est régulière, diffuse, totale, sans traces de globes cornés; les mitoses très rares dans l'anneau circonférentiel de la base sont au contraire assez abondantes sur les coupes des prolongements papillaires qui constituent réellement la saillie.

Ces derniers restent assez semblables à ceux que l'on rencontre sur les coupes des cornes vulgaires. Toutefois, j'ai dit et je répète que les anomalies et les exagérations de la kératinisation sont beaucoup moins développées. Les couches cornées y sont cohérentes, denses, formées de cellules concentriques, très aplaties, contenant des débris nucléaires. Tous les prolongements sont fortement tassés les uns contre les autres, mais conservent leur individualité. Au sommet de quelques-uns, on trouve des thrombus sanguins tout à fait comme dans les cornes ou les verrues.

En somme : *papule syphilitique, péripilaire, recouverte d'une papillomatose extraordinairement intense.*

C'est l'exagération, avec déviation légère, d'un processus banal en pareil cas.

Histologiquement, la lésion en question diffère un peu des cornes néoplasiques par l'absence des phénomènes dégénératifs de l'épithélium, par la faiblesse de l'hyperkératose, etc.

L'acanthose y est plus régulière, et nulle part elle ne se rapproche du type épithéliomateux : c'est une papillomatose pure. Par suite, le processus histologique pourrait être comparé plus facilement à celui des verrues qu'à celui des cornes séniles vraies.

Mais, macroscopiquement, c'est bien le seul terme de corne qui convenait à une production si élevée ; remarquons toutefois que sa forme était parfaitement cylindrique, tandis que la vraie corne est toujours plus ou moins pyramidale.

Le secrétaire.

P. Déhu.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Leucoplasie.

Leucoplasie vulvaire, par M. Letulle. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, février 1901, p. 125.

Dans un cas de leucoplasie vulvaire observé par Perrin (de Marseille), L. a constaté les lésions suivantes :

A un faible grossissement, l'épiderme est très augmenté de volume et le stratum granulosum forme par places des couches très multipliées, de plus, le corps de Malpighi est épaissi et étalé par îlots ; proportionnellement, les couches cornées (70 à 86 μ d'épaisseur) sont moins hyperplasiées que les couches granuleuses (86 à 149 μ d'épaisseur).

A un fort grossissement, le stratum germinativum est réduit à une seule rangée de cellules cylindriques pourvues de nombreux filaments d'union ; dans le stratum filamentosum, les cellules crénelées sont plus nombreuses qu'à l'état normal, volumineuses, avec un gros noyau ; le stratum granulosum, qui fait défaut par places, comme sur un revêtement épithélial muqueux normal, est très développé sur les points altérés, et y est formé de 3 à 8 couches de cellules dont les plus superficielles sont les moins chargées d'éléidine ; cependant, même dans les couches les plus superficielles, on voit des cellules presque plates chargées au maximum d'éléidine, il y a, en outre dans cette couche, quelques rares leucocytes polynucléaires ; les lésions de cette couche occupent toujours les points où les altérations, soit de la couche cornée, soit du derme, sont le plus accusées ; dans tous les points où existe l'hyperacanthose jointe à l'hyperkératose, il y a une bande claire et dense de cellules épithéliales dépourvues de noyaux séparant la surface du stratum granulosum et la couche cornée et représentant le stratum intermedium et le stratum lucidum. Au niveau du stratum corneum et du stratum disjunctum, il y a une différence considérable entre les points où l'épithélium est resté à l'état de revêtement muqueux et ceux où il s'est cutisé : dans les bandes de leucokératose, les couches kératinisées sont brillantes, fibrillaires, tassées parallèlement à la surface, sans traces de noyaux, tandis que, en dehors d'elles, il y a des noyaux aplatis, vivement colorés et la limite des protoplasmas est facilement reconnaissable, mais il y a des points intermédiaires dans lesquels on voit par places quelques grosses cellules épithéliales losangiques chargées d'éléidine et possédant un noyau pâle.

Dans le derme qui est moins atteint au niveau de sa surface et des corps papillaires que dans les couches profondes vasculo-nerveuses, on trouve des lésions inflammatoires, subaiguës, réactionnelles, sans grande hyperémie et sans exsudats : bandes et îlots d'éléments cellulaires ; vaisseaux papillaires élargis sans thrombose ni exsudats fibrino-leucocytaires, tissu conjonctif de la papille assez riche en éléments cellulaires, surtout en cellules fixes, en leucocytes mononucléaires et en cellules granuleuses d'Ehrlich ; dans le

derme proprement dit, très nombreuses mastzellen et cellules d'Ehrlich, surtout vers la base des corps papillaires et autour des vaisseaux sanguins ; cellules plasmatiques par îlots étalés plutôt sur les confins de l'hypoderme, au voisinage des vaisseaux sanguins peu importants; nulle part, il n'y a de foyers de suppuration ; les leucocytes sont surtout des mononucléaires de petites dimensions ; les polynucléaires sont rares.

Nulle part il n'y a de globes épidermiques et l'hypoderme est intact partout. G. T.

Leucoplasie buccale et cancer, par Chevassu. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, janvier 1902, p. 81.

Homme de 55 ans, grand fumeur, ancien syphilitique, ayant remarqué il y a huit mois à la face interne de la joue droite, immédiatement en arrière de la commissure, une plaque blanche qui s'est accrue lentement, puis est entrée en régression; en même temps que la plaque régressait, apparition à gauche, au point symétrique, d'une plaque qui atteint la largeur d'une pièce de un franc, se recouvre de callosités, ressemble à une langue de chat, fait sur ses bords une saillie de 3 millimètres, s'accompagne d'un ganglion dur et indolore.

Ablation des deux plaques. A l'examen microscopique, la plaque de droite présente l'aspect habituel de la leucoplasie : papilles dermiques régulières, non augmentées de volume, existence du stratum granulosum et du stratum *lucidum*, couche cornée mince; la plaque de gauche présente des papilles plus larges, le corps de Malpighi se compose de 15 à 20 couches de cellules, recouvertes de cellules à éléidine, d'une couche cornée ; le derme offre une infiltration embryonnaire très marquée par places, et, au fond de quelques sillons interpapillaires, on voit des cellules épithéliales se disposer en couches concentriques pour former un globe épidermique au début, quelques globes se forment vers la superficie, dans la couche cornée elle-même ; les cellulles épithéliales de cette plaque sont beaucoup plus volumineuses que dans la plaque leucoplasique, et en plus d'un point l'infiltration de la périphérie du derme est telle, qu'il devient impossible de distinguer les limites de l'épiderme et du derme.

C. conclut de cet examen que les lésions de leucoplasie peuvent rester à l'état leucoplasique pur et que la transformation en cancer n'est pas fatale. G. T.

Lichen.

Formes atrophiques et serpigineuses du lichen ruber plan (Ueber atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus), par Zarubin. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 323.

Z. expose dans cet article les résultats de ses recherches microscopiques sur 2 cas de lichen ruber plan atrophique. Comme fait particulièrement caractéristique, il a trouvé une hypertrophie de la couche granuleuse dans les parties qui entouraient les points atrophiés et une infiltration cellulaire dans les couches les plus supérieures du derme.

Les constatations microscopiques de Z. confirment celles faites par Darier dans un cas de lichen plan scléreux. La lésion débute par une infiltration de cellules embryonnaires dans la couche superficielle du derme qui plus tard

se transforme en un tissu conjonctif permanent. Ce tissu se rétracte, amène une dilatation de la couche papillaire et détermine une atrophie cicatriforme avec amincissement du stratum mucosum, épaississement du tissu conjonctif du derme et diminution des fibres élastiques.

Z. tend à regarder cette dermatose non comme une forme spéciale, mais comme une variété du type morbide. En réalité, il s'agit ici de la régression des éléments du lichen plan qu'on peut observer aussi, quoique à un faible degré, dans des cas typiques sous les autres rapports.

Z. termine ce travail par la description d'un 3e cas atypique de lichen ruber plan caractérisé par la formation presque exclusive de cercles et de dessins gyroïdes. A. Doyon.

Microsporie.

Petite épidémie de microsporon Audouini à Strasbourg (Eine kleine Epidemie von Mikrosporon Andouini in Strasburg), par A. Gunsett. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1902, t. LIX, p. 77.

D'après Sabouraud, la microsporie présente une répartition géographique tout à fait spéciale. C'est en Angleterre que cette maladie se rencontre le plus souvent; elle y produit de 80 à 90 p. 100 des cas de teigne tondante. En France, à Paris, les statistiques de ces dernières années donnent une proportion de 60 p. 100. En Belgique, en Espagne le miscroporon Audouini serait très fréquent; en Allemagne et en Italie, extrêmement rare. Plus on avance vers l'est de l'Europe et plus la maladie devient rare. A Strasbourg elle était inconnue jusqu'à présent. En 1900 et au printemps de 1901, on a observé quatre cas, les deux derniers enfants avaient été contagionnés par un frère soigné dans un asile de sourds-muets, où il n'y avait pas moins de 7 enfants atteints de la même affection du cuir chevelu. Chez tous ces enfants elle se traduisait par des plaques nettement circonscrites, visibles de loin, arrondies ou ovales, se distinguant par leur coloration grise des cheveux normaux environnants. Dans chaque cas leur siège, leur nombre et leur étendue étaient variables. Ces plaques étaient recouvertes de petites squamules grises. Ce poudrage blanc grisâtre pourrait faire croire facilement à une séborrhée circonscrite. Il n'y avait ni inflammation, ni infiltration, ni vésicules, ni folliculites, ni bords saillants. Presque tous les cheveux étaient malades et avaient un aspect typique semblable permettant de les différencier immédiatement d'un cheveu trichophytique; ils étaient cassés à environ un centimètre de hauteur et entourés sur plus de la moitié de leur longueur d'une gaine adhérente ayant la même coloration blanc gris que les squames, enfin on pouvait les épiler facilement.

Ces cas sont très rebelles au traitement classique (rasure, épilation et pommade à la chrysarobine), beaucoup plus que la teigne tondante qui en général guérit en 3 à 6 semaines. Dans la microsporie on trouve encore après 6 mois du même traitement de nombreux champignons en pleine vitalité. A. Doyon.

Contribution à la question de la microsporie (Beitrag zur Frage der Mikrosporie), par J. Frédéric. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1902, t. LIX, p. 43.

Dans le semestre d'hiver 1899-1900, F. a observé à la Clinique dermato-

logique de Berne, 4 cas d'herpès tonsurant du cuir chevelu chez des garçons de 6 à 9 ans. Ces cas correspondaient sous presque tous les rapports à la description donnée par Sabouraud de la microsporie ou teigne à petites spores. Les constatations histologiques concordent absolument avec celles de Sabouraud, en ce qui concerne les dimensions et la disposition des éléments parasitaires. Ce qu'il y a ensuite d'intéressant, ce sont l'inflammation assez forte, la présence de cellules géantes, lésion qui dans une affection caractérisée par des symptômes inflammatoires aussi légers était peu probable; en outre, la brisure particulière des cheveux qui ne saurait s'expliquer que par l'oblitération du follicule par des masses de squames.

F. a eu aussi l'occasion de faire l'examen histologique d'un cas qui au début avait une certaine ressemblance avec la microsporie, mais qui prit plus tard les caractères d'un kerion typique. Les cultures de ce cas étaient, d'après leur aspect macroscopique, tout à fait différentes de celles du microsporon. Au microscope on constata que les éléments parasitaires se trouvaient en grand nombre dans l'espace situé entre la cuticule du poil et la gaine interne de la racine, ainsi que dans la substance même du poil. Il y avait des amas irréguliers de spores, sensiblement plus grosses que dans la microsporie, des chaînettes de spores et quelques filaments. On ne trouvait pas la gaine formée de spores, régulière, semblable à une mosaïque, qui s'observe dans le microsporon. Les follicules pilaires étaient parfois un peu élargis, pas de poils cassés; la gaine externe de la racine n'était pas amincie, pas de cellules géantes. Il y a donc des différences essentielles entre les caractères microscopiques de la microsporie et ceux de cette dernière variété qui plus tard passe à l'état de kerion Celsi.

De ses recherches, F. croit pouvoir conclure qu'il faut donner une place à part à la microsporie de l'homme, bien que tous les auteurs ne soient pas d'accord sur ce point, en raison des faits cliniques, histologiques et des cultures et de ses caractères vraisemblablement constants. A. DOYON.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde et leucocytose lymphatique (Micosi fungoïde e leucocitosi linfatica), par ALLGEYER. *Archivio per le scienze medichi*, 1901, t. XXV, p. 235.

Femme de 40 ans; depuis un an seulement, taches rouges sur le thorax, puis papules très prurigineuses; plaques infiltées saillantes, quelques-unes avec rougeur, sécrétions peu abondantes et croûtes jaunâtres; sur le cou, le tronc, le côté de l'extension des avant-bras et des bras, les cuisses, les plaques sont très abondantes, leur réunion forme des figures irrégulières et bizarres: état général bon; rate normale, mais tous les ganglions lymphatiques accessibles à la palpation sont plus ou moins augmentés de volume, et atteignent en certaines régions, comme l'angle de la mâchoire et les aisselles, la dimension d'une noix. Pendant plusieurs mois, la malade présenta des alternatives d'aggravation et d'amélioration, cette dernière étant caractérisée par la diminution de l'infiltration, de la desquamation, de la rougeur et de la sécrétion, et la disparition de l'ectropion des paupières inférieures qui se montra plusieurs fois; mais l'infiltration du visage

devint permanente, il se produisit à plusieurs reprises de petites tumeurs arrondies du volume d'une noix, sur le cou, les membres, le visage et le cuir chevelu, des abcès glandulaires; malgré de nombreux essais thérapeutiques, l'état général subit également des alternatives d'amélioration et d'aggravation avec fièvre.

L'examen microscopique d'une tumeur développée sur une plaque infiltrée montra qu'elle était formée de cellules très polymorphes : les plus nombreuses de beaucoup étaient des cellules lymphoïdes à noyau unique, irrégulièrement entremêlées de cellules plasmatiques, de quelques noyaux de cellules conjonctives et de mastzellen beaucoup plus nombreuses à la périphérie qu'au centre, enfin de nombreux leucocytes polynucléaires au voisinage de l'épiderme; nombreuses figures karyokinétiques réparties presque uniformément dans toute la masse de cellules; le stroma de la tumeur était formé de très minces fibrilles conjonctives constituant un réticulum.

Une petite papule d'aspect hémorrhagique développée sur la peau saine était constituée par les mêmes éléments cellulaires, et renfermait, sous l'épiderme, un nid unique de cellules géantes.

A l'examen bactériologique des coupes, les tissus malades renfermaient de nombreux cocci, le sang extrait d'une petite papule de la jambe renfermait du staphylocoque doré en grande abondance; les cultures du sang extrait de la pulpe d'un doigt sont restées stériles.

A. n'attache aucune importance aux parasites qu'il a rencontrés.

La numération des globules du sang extrait de la pulpe d'un doigt a donné lors de l'entrée à l'hôpital 4 500 000 globules rouges et 29 500 globules blancs, parmi lesquels 48 p. 100 étaient des polynucléaires neutrophiles, 10 p. 100 des éosinophiles et 42 p. 100 des mononucléaires; le nombre des leucocytes a oscillé plus tard entre 40 000 et 15 700, la proportion des mononucléaires entre 65 p. 100 et 33 p. 100. Le maximum de la lymphocythémie coïncidait avec la disparition des lésions eczématoïdes humides et suppurantes et avec une période où les lésions revêtaient l'aspect d'une érythrodermie exfoliative; il s'agit donc bien d'une modification liée à la maladie elle-même et non d'une leucocythémie inflammatoire, laquelle est d'ailleurs purement polynucléaire; l'éosinophilie, par contre, était liée à l'état eczématoïde. G. T.

Mycosis fongoïde (Un caso di micosi fungoïde), par R. Bovero. *Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, 1901, t. LXIV, fasc. 10 et 11.

Homme de 38 ans; depuis 3 ans existaient sur le tronc, puis sur le cou, des taches rouges de dimensions variées, sèches, légèrement squameuses, très prurigineuses, et l'état général restait bon lorsqu'apparurent des taches plus nombreuses, érythémato-squameuses sur le visage, sur le tronc, les bras et le dos des mains, des infiltrations en plaques avec rougeur, de dimensions variées, sur le tronc des plaques lichénifiées, sur les fesses et sur la face antéro-interne de la jambe gauche une tumeur large comme la paume qui s'ulcéra et prit l'aspect bien connu des tumeurs du mycosis fongoïde; d'autres tumeurs apparurent au menton, à l'avant-bras gauche, à la région scapulaire droite et sur un grand nombre d'autres points qui avaient été occupés par les taches érythémateuses.

A l'examen microscopique, les tumeurs sont constituées par un réticulum circonscrivant une infiltration de cellules généralement arrondies, allant de la dimension d'un lymphocyte à celle d'un gros leucocyte, la plupart mononucléaires et à gros noyaux, de cellules plasmatiques beaucoup moins nombreuses et enfin de mastzellen assez rares; cette infiltration débute dans le derme, l'envahit dans toute son épaisseur, et gagne le tissu cellulaire sous-cutané où elle disparaît progressivement; elle envahit l'épiderme et le détruit.

L'examen des urines ne révèle rien de particulier.

A l'examen du sang, extrait soit de la pulpe du doigt, soit d'une des tumeurs, on trouve une fois (sang de la tumeur) le staphylocoque blanc, mais il s'agit vraisemblablement d'une contamination accidentelle.

Malgré les injections de cacodylate de soude, l'état général du malade s'aggrave de plus en plus, en même temps que les tumeurs ulcérées s'étendaient et que beaucoup des tumeurs non ulcérées disparaissaient. G. T.

Rhinosclérome.

Recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales sur le rhinosclérome (Ricerche istologiche, batteriologiche e sperimentali sul rinoscleroma), par V. MANTEGAZZA. *Sperimentale*, 1901, fasc. 3.

M. a fait une série de recherches sur un cas de rhinosclérome qui avait déjà été examiné par Mazza.

Il conclut de ses recherches que les cellules de Mikulicz sont des phagocytes dans lesquels les bacilles peuvent vivre un certain temps, tandis que quelques-uns d'entre eux présentent des phénomènes d'involution; mais finalement les parasites prennent le dessus et la cellule est détruite.

Les cellules renfermant des granulations et des globes hyalins sont pour la plupart des leucocytes éosinophiles, des cellules plasmatiques ou des mastzellen; peut-être enfin des cellules du tissu conjonctif.

La masse principale du granulome est formée de cellules plasmatiques, dont beaucoup sont dégénérées, les leucocytes polynucléaires sont plus rares et deviennent facilement granuleux, vacuolisés et peuvent être englobés par les cellules de Mikulicz; on trouve également quelques mastzellen et de très rares cellules géantes, et enfin de la fibrine sous forme de filaments et de trabécules, qui n'a pas encore été signalée dans le rhinosclérome.

Dans les petits vaisseaux, on voit surtout des thromboses de substance granuleuse ou hyaline ou de globules rouges agglutinés; dans les veines il y a presque exclusivement des thromboses de fibrine; en outre, on voit souvent au milieu du granulome de véritables hémorrhagies. Les parois vasculaires sont également le siège de lésions : prolifération de l'endothélium et des éléments propres des tuniques moyenne et adventice dans les petites artères, chute de l'endothélium dans les petites veines, transformation hyaline de la paroi de quelques petits vaisseaux.

M. décrit avec soin les caractères du bacille de Fritsch, les résultats de ses injections chez les animaux de cultures de ce bacille et de ses nucléo-protéides.

Il est tenté de le considérer comme une variété atténuée du bacille de Friedländer, parce qu'il présente à peu près les mêmes caractères morpho-

logiques et de culture et qu'ils ont tous deux à peu près le même pouvoir pathogène, parce que le bacille de Fritsch peut être gazogène à un certain degré, parce qu'il ne coagule pas le lait, parce qu'on peut trouver (Ducrey), dans la cavité nasale des sujets atteints de rhinite simple sans trace de rhinosclérome, des bacilles capsulés qui ne diffèrent par aucun caractère, ni du bacille de Fritsch, ni du bacille de Friedländer. G. T.

Tuberculides.

Dermatite nodulaire nécrotique, tuberculose acnéiforme (Ueber die Dermatitis nodularis necrotica. Phlebitis nodularis necrotisans Philippson, tuberculide acnéiforme, etc.), par L. Török. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 337.

T. rapporte deux cas rentrant dans le groupe des tuberculides de Darier et correspondant au type décrit par Barthélemy sous le nom de folliclis, en ce sens que les lésions de la peau n'occupaient pas l'épaisseur du tissu sous-cutané, mais le derme et principalement à sa limite inférieure, elles siégeaient sur les membres avec tendance à devenir confluentes.

Les lésions étaient caractérisées au début par des nodosités de la grosseur d'un petit pois occupant l'épaisseur du derme avec saillie papuleuse rose pâle. Les nodosités augmentaient très peu de volume, puis le centre prenait rapidement une coloration blanchâtre; en piquant ces nodosités il s'en écoulait une sérosité trouble. Plus tard il se formait au centre une croûte sèche, vert jaune, adhérente, recouvrant une ulcération plate, à bords nets avec fond lisse, un peu brillant, rouge foncé. Peu après il se formait une nouvelle croûte sous laquelle l'ulcère se cicatrisait et qui tombait en laissant une cicatrice semblable à celle de la variole.

Dans les deux cas les lésions histologiques sont identiques à celles décrites par Philippson sous le nom de phlébite nodulaire nécrotisante ; elles occupent pour la plupart primitivement une veine située à la limite de l'hypoderme et du derme. Le processus débute par une endophlébite proliférante bientôt suivie de l'inflammation de toute la paroi veineuse et de l'oblitération de la lumière du vaisseau.

Dans le thrombus, dans la paroi de la veine et dans son voisinage immédiat, on trouve des lésions de nécrose à ses premiers degrés. Le processus pathologique se développe en suivant le trajet des vaisseaux, mais principalement vers la surface. Il se forme un infiltrat diffus, plus ou moins épais, qui arrive jusque dans la couche papillaire. Finalement, par suite de la nécrose des couches superficielles, il se produit de petites ulcérations recouvertes de croûtes. T. n'est pas parvenu à découvrir l'agent de la dermatite nécrotique nodulaire. A. Doyon.

Tuberculose.

Tuberculose du prépuce consécutive à la circoncision rituelle (Vierzehn Jahre nach Tuberculose. Ein impfung in Folge ritueller Vorhaut-Beschneidung), par R. Bernhardt. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 221.

Jeune garçon de quatorze ans, circoncis suivant le rite mosaïque à l'âge de huit jours, par un opérateur qui avait sucé la plaie avec ses lèvres.

Trois ou quatre semaines après, la plaie s'ulcéra et Elsenberg qui examina l'enfant reconnut une tuberculose du prépuce. Trois ans après on constata, outre l'engorgement des ganglions inguinaux, que les ganglions cervicaux, occipitaux et sous-maxillaires étaient aussi hypertrophiés. L'état général était bon, pas de toux, rien dans les poumons, mais l'ulcération du prépuce s'était peu modifiée. Plus tard, suppuration des ganglions sous-maxillaires du côté droit, qui furent incisés, raclés et les plus volumineux extirpés. Quant à l'ulcère tuberculeux du prépuce, B. en enleva une partie et l'autre fut cautérisée ou raclée, puis pansée avec le baume du Pérou, et peu à peu l'ulcération finit par se cicatriser. Actuellement, l'enfant a un aspect superbe, la nutrition est excellente; rien sur la peau et muqueuses saines. La moitié droite du prépuce est notablement épaissie et indurée, avec quelques petites nodosités dures, de la grosseur d'un grain de chènevis; sur le gland quelques nodosités analogues, surtout autour du méat dont l'ouverture est sensiblement rétrécie. Les ganglions inguinaux, cervicaux et sous-maxillaires sont plus ou moins hypertrophiés.

Au point de vue clinique ce cas est très intéressant, d'abord en ce que la localisation de la tuberculose sur le pénis est rare, mais surtout en raison de la résistance considérable de cet enfant au virus tuberculeux. A. Doyon.

Urticaire.

Urticaire des voies respiratoires (Urticaria of the upper respiratory tract), par L. Somers. *Medical News*, 8 mars 1902, 447.

Une jeune fille de 18 ans, parfaitement bien portante à tous les autres points de vue, était sujette à des attaques d'asthme des foins. Bien que ses fonctions digestives fussent parfaites, elle ne pouvait manger des amandes sans avoir de l'urticaire. Un jour, après avoir mangé beaucoup d'amandes, elle fut prise brusquement d'une attaque de suffocation avec cyanose de la face, tirage sus-sternal. La bouche restait ouverte, remplie par la langue tuméfiée; la luette, bosselée par deux grosses élevures, remplissait la gorge; toute la muqueuse du pharynx était tuméfiée ainsi que l'épiglotte; les replis aryténo-épiglottiques étaient œdématiés, au point de laisser à peine une fissure pour le passage de l'air. La face et tout le corps étaient couverts d'une abondante éruption d'urticaire. Après une pulvérisation de cocaïne dans la gorge, les accidents s'atténuèrent peu à peu. La muqueuse nasale était œdématiée et obstruait les fosses nasales. Pendant toute l'attaque qui dura une heure, la malade fut très sourde, ce qui s'explique par le gonflement de la muqueuse de la trompe.

A la suite de cette observation, S. passe en revue toute l'histoire de l'urticaire des voies aériennes supérieures, dont il distingue une forme aiguë et une forme chronique. Cette description générale est intéressante et fort bien faite. W. D.

Le Gérant : Pierre Auger.

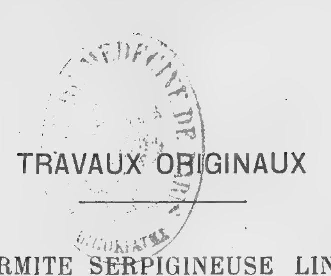
Corbeil. Imprimerie Ed. Crété.

(Mantegazza.)



V. Roussel, lith. Imp. L. Lafontaine, Paris.

Masson et Cie, éditeurs



TRAVAUX ORIGINAUX

PYODERMITE SERPIGINEUSE LINÉAIRE

Par **W. Dubreuilh.**

Le nom de pyodermite a été proposé par Leloir pour désigner les éruptions dues à l'infection de la peau par les microbes pyogènes. Parmi les pyodermites de Leloir, un certain nombre de types ont été particulièrement étudiés, notamment l'impétigo de Tilbury Fox, à mon avis, le seul véritable impétigo, l'impétigo de Bockhart ou impétigo staphylogène. Mais on rencontre encore en clinique un grand nombre de types de pyodermite dont l'étude bactériologique est encore à faire.

Laissant de côté les pyodermites plus ou moins profondes et à ne considérer que les formes purement épidermiques et superficielles, nous trouvons encore une série de types cliniquement bien différenciés. L'impétigo circiné paraît assez fréquent dans les États du Nord de l'Amérique ; il serait plus rare dans d'autres pays ; dans mon rayon d'observation, il constitue une forme assez exceptionnelle. Le pemphigus contagiosus tropicus étudié par Manson en Chine, par les auteurs américains parmi les troupes campées en Floride pendant la guerre de Cuba, constitue un type bien distinct auquel on peut rattacher les bourbouilles pustuleuses de Tribondeau. Dans certaines pyodermites le pus est tout à fait séreux, au moins au début (impétigo de Fox), ou franchement purulent d'emblée (impétigo de Bockhart) ; dans une forme que j'ai observée assez souvent sur le dos de la main chez des tombeliers, chiffonniers ou autres individus manipulant des saletés variées, la pustule est annulaire, extensive, flasque et ne contient qu'un pus très rare, grumeux, extrêmement fétide.

L'extension des lésions est d'habitude nettement centrifuge, mais dans les cas que j'ai présentement en vue, l'extension est linéaire, ce qui leur donne un aspect tout à fait spécial. Deux observations recueillies dans mon service ont été publiées par M. Bernard à la Société de dermatologie en juin 1899 (1) ; j'en rapporte ici quatre autres sur lesquelles je n'ai malheureusement pas pu faire des recherches bactériologiques suffisantes. La ressemblance de tous ces cas est des

(1) Bernard. Observation pour servir à l'histoire des pyodermites. *Société française de Dermatologie*, 8 juin 1899. *Annales de Dermatologie*, juin 1899, p. 574.

plus frappantes et justifie la création d'un type clinique spécial, que j'appellerai *pyodermite serpigineuse linéaire*, ce qui correspond bien à l'aspect et à la marche des lésions.

La pyodermite serpigineuse linéaire atteint les deux sexes (4 hommes et 2 femmes) et les âges les plus différents (de 16 à 54). Ni la profession, très variée du reste, ni aucune cause occasionnelle ne paraît avoir eu d'influence. Les parties couvertes sont aussi bien atteintes que les parties découvertes puisque nous voyons l'éruption occuper deux fois la main, une fois l'avant-bras, deux fois le dos et deux fois l'aisselle.

L'éruption est caractérisée par l'allure de la pustulation qui progresse uniquement dans un sens, suivant une ligne sinueuse, formant une traînée pustuleuse qu'on ne saurait mieux comparer qu'à un gigantesque sillon de gale.

Si l'on considère les parties récentes de la lésion, datant de 24 heures au plus, on voit une traînée opaline sinueuse de un demi à un millimètre de large, où l'épiderme corné est œdématié et décollé par une quantité infime de liquide séreux ou quelquefois un peu grumeleux. Cette traînée repose sur une base inflammatoire, qui forme une bande rouge, infiltrée, un peu saillante, de 5 à 6 millimètres de large. L'extrémité progressive de la lésion s'effile et se perd, elle n'est pas marquée par un point plus accusé comme dans le sillon de gale ou dans la maladie dénommée « creeping disease » ou « larva migrans ». En vieillissant, le sillon se remplit de pus véritable par infection secondaire probablement, il s'élargit, atteint 6 ou 7 millimètres, puis s'ouvre et forme des surfaces croûteuses irrégulières.

Le trajet de ces sillons échappe à toute description, ils forment des C, des S et se contournent de la façon la plus irrégulière. Leur longueur est très variable : on en voit qui s'éteignent au bout de quelques millimètres; d'autres sillons conservent toute leur netteté sur une longueur de 5 ou 6 centimètres. Leur vitesse de cheminement n'est pas moins variable ; elle peut dépasser un centimètre par jour et cela pendant plusieurs jours, mais elle est tellement irrégulière qu'il est difficile de la repérer exactement : tel sillon progresse très vite et pendant plusieurs jours, tel autre progresse lentement ou s'arrête après un jour ou deux, se dessèche et disparaît, de sorte que si un jour on repère exactement une douzaine de sillons, deux jours après on en trouve la moitié éteints ou arrêtés, quelques-uns seulement ont cheminé notablement; ceux mêmes qui se sont arrêtés un moment peuvent reprendre leur marche en avant. Pendant ce temps d'autres sillons se forment qui offrent la même irrégularité d'allures. Je n'ai jamais vu un sillon se bifurquer, mais d'un même point de départ peuvent probablement partir plusieurs sillons.

Les pyodermites serpigineuses linéaires forment toujours des foyers plus ou moins étendus, autour desquels sont des petits groupes de moindre importance ; c'est surtout au bord du foyer principal ou dans les foyers secondaires, qu'on peut observer le plus nettement les sillons pustuleux. Les foyers eux-mêmes sont constitués par un amas assez confus de pustules irrégulières, de surfaces suintantes et de croûtes impétigineuses, reposant sur une peau rouge, enflammée, infiltrée et bosselée. Cependant, même dans les parties de plus grande confluence, on peut voir se former des sillons qui évoluent quelques jours puis s'éteignent après un trajet de 1 ou 2 centimètres. Il est probable qu'il naît beaucoup de pustules qui restent arrondies ou irrégulières, et évoluent sur place sans former de prolongements.

La maladie dure, en général, 1 à 2 ou 3 mois sans altérer l'état général, mais en s'accompagnant d'un prurit très pénible ou quelquefois de douleurs et de cuissons assez vives.

L'examen microscopique du contenu des sillons m'a donné des résultats assez variables. Dans la sérosité de la partie tout à fait récente du sillon, j'ai trouvé une grande abondance de cellules éosinophiles et pas de microbes. Dans les examens qui ont porté sur des portions plus anciennes, j'ai trouvé encore des cellules éosinophiles et une grande abondance de microcoques qui, de par l'examen microscopique et la culture, m'ont paru être du staphylocoque jaune et blanc. D'autre part, dans les cas de Bernard, M. Auché a trouvé des streptocoques. Il me paraît légitime de conclure que les microbes qui ont été observés sont dus à l'infection secondaire du sillon, et que celui-ci est causé par un autre microbe, probablement un streptocoque que je n'ai pas aperçu.

Tous les traitements antiseptiques ont exercé une influence favorable sur la marche de la maladie, par exemple des lotions à l'acide picrique, au sulfate de zinc et au sulfate de cuivre ; cependant c'est le nitrate d'argent à 1 pour 30 en badigeonnages quotidiens qui m'a paru le plus efficace. J'avais remarqué, en cherchant à repérer des sillons par un trait au nitrate d'argent, que le résultat le plus habituel de ce trait était l'arrêt du sillon, et c'est ce qui m'a donné l'idée de l'employer comme moyen de traitement. Les pansements humides à l'acide borique ou les pommades à l'oxyde de zinc sont un adjuvant utile des badigeonnages, car ils permettent de se débarrasser des croûtes et de nettoyer la surface de façon à faciliter l'action des autres antiseptiques.

La pyodermite serpigineuse linéaire est essentiellement caractérisée par la progression linéaire des pustules. Elle diffère, en outre, de l'impétigo par la réaction inflammatoire plus forte du derme. Il faut encore remarquer qu'on peut confondre, à un examen superfi-

ciel, les sillons de la pyodermite linéaire avec les anneaux pustuleux et certains impétigos circinés, mais, même lorsque le cercle pustuleux est brisé, on reconnaît que sa progression se fait dans le sens du rayon et non suivant la tangente.

En présence d'un cas de pyodermite serpigineuse linéaire, on ne peut s'empêcher de penser à ces maladies bizarres caractérisées par la progression linéaire d'un sillon analogue à celui de la gale, mais 20 fois plus gros, et qui ont été décrites sous les noms de « larbich » par Bérenger-Féraud au Sénégal, de « creeping disease » par les auteurs anglais, de « larva migrans » par les Allemands et les Russes, mais, dans ces faits, l'analogie avec le sillon de gale est bien plus frappante. Il s'agit d'une traînée rouge mais non pustuleuse, large de 1 millimètre environ, dont l'extrémité progressive est marquée par un point un peu plus saillant. Cette extraordinaire analogie avec le sillon de gale a fait, dans tous les cas, chercher un parasite qui n'a été trouvé que dans les observations russes (1). La progression du sillon est plus rapide et plus régulière, le sillon est unique ou, très exceptionnellement, on en observe 2 ou 3 chez le même malade ; enfin, il n'y a pas de suppuration ni de croûtes à aucun moment. Il n'y a, en somme, pas d'autre analogie que le fait fort rare de la progression linéaire.

Observation I. — Mme Pauline M..., âgée de 35 ans, se présente à la Clinique le 20 octobre 1899, pour une éruption qui depuis 2 mois occupe l'annulaire droit et les parties voisines. Dès le début la malade a remarqué ce qu'elle appelle des veines saillantes d'où la pression fait sortir du pus. Il y a eu un petit abcès à la face palmaire du doigt et une poussée de lymphangite diffuse avec adénite de l'aisselle. Ces accidents ont disparu par un pansement humide.

On trouve actuellement l'annulaire droit un peu tuméfié, rose et couvert d'un épiderme aminci par suite des desquamations successives qu'il a subies ; les lésions s'étendent dans les espaces interdigitaux voisins et sur le bord radial du petit doigt ; elles sont surtout constituées par des traînées blanchâtres et saillantes, tortueuses, longues de plusieurs centimètres, et ressemblant à des sillons de gale amplifiés.

Un premier sillon débute à la face palmaire de la première phalange de l'annulaire par une surface allongée, récemment desquamée, puis, sous forme d'une traînée blanche saillante et bordée de rouge, traverse la face palmaire de la deuxième phalange, contourne son bord cubital et se termine sur sa face dorsale après un trajet d'environ 5 centimètres.

Un autre sillon ou traînée pustuleuse, long de 3 à 4 centimètres, traverse la face dorsale de la deuxième phalange de l'annulaire en décrivant des sinuosités et même un crochet à angle aigu ; une de ses extrémités forme une large pustule, l'autre est effilée.

Sur la face radiale du petit doigt une traînée part de l'espace interdigital,

(1) Pour plus de détails, voir W. Dubreuilh, article Dermatozoaires, *La Pratique Dermatologique*, t. I.

parcourt la face radiale de la première et de la deuxième phalange, traverse la face palmaire et vient se terminer sur le bord cubital après avoir décrit maintes sinuosités. Le début de cette traînée paraît très irrégulier par suite d'un grand nombre d'ébauches de ramifications longues de 1 à 2 millimètres, ayant le même aspect et la même largeur que la ligne principale sur laquelle elles se branchent à angle droit de l'un ou l'autre côté.

Ces lésions sont constituées par une traînée blanchâtre, large d'un millimètre environ, bordée de rouge, un peu saillante et dure au toucher. Dans les parties récentes, la bordure rouge est plus large et plus diffuse avec un empâtement du derme plus accusé. Cette traînée examinée à la loupe montre deux lignes blanchâtres opaques avec une bande intermédiaire un peu plus rose. En piquant le sillon on donne issue à une sérosité claire, plus abondante dans les parties anciennes; dans les parties tout à fait récentes du sillon on ne trouve presque pas de liquide, mais seulement une sorte de canal virtuel dont la paroi est formée par l'épiderme imbibé de liquide, gonflé et rendu opaque par la macération. Il peut même arriver que la traînée blanche soit prolongée sur une longueur de plus d'un centimètre par une mince ligne opaline à peine visible mais reposant sur une bande érythémateuse de 3 à 4 millimètres de large, dure, saillante et douloureuse.

Les lésions sont le siège d'un prurit assez vif, mais l'extrémité progressive de la traînée est seule douloureuse à la pression.

24 octobre. — Pendant quatre jours les lésions ont été abandonnées à elles-mêmes. Sur l'annulaire les deux principales traînées se sont affaissées et desséchées en laissant des croûtes brunes et sèches ou des surfaces écorchées par le grattage. Sur la face dorsale de la deuxième phalange on trouve une traînée qui est peut-être le prolongement d'une des anciennes poussées, qui a 2 centimètres de long et où l'on distingue deux parties : une partie linéaire large de 1 millimètre est saillante, bordée de rouge et contient du pus jaunâtre; l'autre, plus large, irrégulière, formée d'un enchevêtrement de prolongements courts qui s'anastomosent en un réseau blanchâtre irrégulier reposant sur une base rouge et infiltrée.

Sur le petit doigt la traînée déjà signalée s'est affaissée et desquamée dans sa partie ancienne, mais son extrémité progressive a cheminé de 3 centimètres, traversant en écharpe la face palmaire de la deuxième phalange, puis le bord cubital de la troisième phalange et venant aboutir sur le bord de l'ongle par une partie élargie de 3 millimètres de large contenant un pus clair.

Dans la paume de la main à la base de l'annulaire il est apparu une traînée blanchâtre de 4 centimètres de long, de 1 à 2 millimètres de large, irrégulière et à contour lobulé.

On soumet la malade aux badigeonnages de nitrate d'argent à 1/30, et elle a guéri peu de temps après.

Par l'examen microscopique du pus de la partie récente des sillons, il n'a pas été possible de constater la présence de microbes quelconques. Les éléments cellulaires sont assez nombreux et l'on trouve : 1° des cellules rondes, volumineuses, avec un gros noyau arrondi pâle et un protoplasma peu abondant fortement réticulé, qui paraissent être des cellules épithéliales gonflées ; 2° des globules de pus assez abondants ; 3° des cellules éosino-

philes très nombreuses, très chargées de granulations volumineuses. Un grand nombre de ces cellules ont été brisées en étalant le pus sur les lamelles, car les préparations sont semées de granulations éosinophiles libres tout à fait identiques à celles qui remplissent les cellules bien conservées.

Obs. II. — Eugénie C..., blanchisseuse, a remarqué depuis six semaines un petit bouton qui est survenu sur le dos de la main sans traumatisme connu. Depuis lors, les boutons se sont multipliés, ils sont devenus prurigineux, et depuis une semaine surtout ils se sont étendus en prenant une allure serpigineuse.

Quand elle se présente à la Clinique le 17 janvier 1900, la face dorsale du poignet droit est occupée par une plaque irrégulière de 6 centimètres environ, formée par la coalescence de mamelons de la grosseur d'un pois à une fève, de couleur rosée, de consistance pâteuse. Leur surface est érodée au sommet et laisse suinter un liquide louche qui se concrète en croûtes jaunâtres. Dans le voisinage sont quelques mamelons analogues isolés ou des pustules grosses comme un pois, irrégulières, siégeant sur une base infiltrée, rouge. En déchirant la pustule on trouve un peu de liquide grumeleux et une surface œdématiée et spongieuse.

De la partie inférieure de la plaque part une longue traînée pustuleuse mesurant 5 à 6 centimètres de long, se dirigeant vers le premier espace interdigital; sa largeur varie de 3 à 12 millimètres ; son trajet est irrégulièrement contourné, ses bords sont irréguliers. Elle repose sur une base un peu rouge et infiltrée. L'épiderme soulevé est flasque, œdématié et opaque ; on trouve au-dessous de lui un peu de pus jaunâtre, grumeleux, couvrant une surface érodée et spongieuse. Vers son extrémité périphérique cette traînée devient plus étroite, sa largeur ne dépasse pas 1 à 2 millimètres et le pus y est plus clair mais toujours grumeleux.

Sur le bord cubital de la main se trouve une autre traînée analogue, sinueuse, longue de 4 centimètres, large de 6 à 8 millimètres à son origine, et 2 millimètres vers son extrémité. Elle repose sur une bande sinueuse d'infiltration dermique. Le soulèvement pustuleux linéaire est assez flasque, surtout à son origine et contient un liquide louche et grumeleux.

On fait sur toutes les lésions un badigeonnage de teinture d'iode.

18 janvier. — La première traînée a avancé de 1 centimètre vers le premier espace interdigital sous forme d'une ligne jaunâtre de 1 millimètre de large reposant sur une base rosée, saillante et infiltrée. La seconde traînée a également progressé de quelques millimètres.

Nouveau badigeonnage de teinture d'iode.

22 janvier. — Pas d'amélioration. Pansement humide à la créoline.

31 janvier. — Malgré que le pansement soit mal fait, il y a une amélioration réelle du foyer principal qui est moins infiltré. Des deux pustules linéaires déjà signalées, la première s'est arrêtée, elle n'est plus représentée que par une bande rouge infiltrée suintante. La deuxième a encore progressé de 2 centimètres en remontant vers le poignet.

7 février. — Malgré l'application régulière du pansement, la traînée du bord cubital de la main a encore progressé de 1 centimètre et demi vers la face palmaire.

Badigeonnage de nitrate d'argent.

L'examen microscopique du pus des sillons a montré : 1° des globules rouges dus probablement à des éraillures accidentelles faites en recueillant le liquide ; 2° des globules de pus ; 3° des cellules éosinophiles assez nombreuses ; 4° des cellules épithéliales gonflées ; 5° des microcoques en très grande quantité disposés sans ordre et que leur aspect permet d'attribuer au staphylocoque pyogène.

Des cultures ont confirmé cette opinion en montrant des staphylocoques blancs et jaunes.

Obs. III. — Paul L..., 23 ans, attribue sa maladie à une piqûre d'insecte quand il couchait dans une grange pendant les manœuvres ; depuis lors, c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours, l'éruption s'est graduellement étendue, de façon à couvrir actuellement tout le côté droit du dos. Dans cette région la peau est rouge, gonflée, œdématiée, couverte de pus et de croûtes impétigineuses. A la périphérie les lésions s'égrènent en petites plaques rouges croûteuses et en sillons pustuleux. Ceux-ci ont une longueur de 3 à 4 centimètres, une largeur de 1 à 2 millimètres à l'extrémité progressive, tandis que l'extrémité ancienne est croûteuse. L'éruption est un peu douloureuse et surtout prurigineuse. On fait des lotions fréquentes avec une solution de sulfate de cuivre et sulfate de zinc à 1 p. 100, suivies d'applications de pommade à l'oxyde de zinc.

Une semaine après, le 1er octobre, on note que le grand placard est moins enflammé et moins croûteux, mais à la périphérie les traînées ont continué à évoluer quoique avec moins de réaction inflammatoire. Elles sont formées d'un soulèvement pustuleux linéaire contenant très peu de pus, de forme très contournée, progressant par son extrémité exactement comme un sillon acarien.

Une pommade à l'ichthyol appliquée pendant une semaine ne produit que peu d'amélioration. A partir du 15 octobre, on fait des badigeonnages quotidiens avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50.

A partir de ce moment, l'amélioration est très marquée, bien que le 5 novembre on note encore la présence de 7 sillons en évolution, longs de 1 à 2 centimètres, larges de 1 millimètre, sinueux, contenant un peu de sérosité purulente, reposant sur une base rouge et infiltrée.

La guérison est complète dans le courant de novembre.

Obs. IV. — T..., jardinier, âgé de 54 ans, éprouve depuis 15 jours une démangeaison à la partie inférieure de l'aisselle droite et il y a constaté quelques boutons écorchés. On trouve actuellement dans l'aisselle droite un placard infiltré rouge suintant, à contours diffus. Tout autour de ce placard on trouve de petites traînées rouges, irrégulières, courbées en C ou en S, larges de 1 à 3 millimètres et dont la surface est excoriée et suintante ou couverte d'un épiderme soulevé.

La lésion initiale est formée d'un sillon serpigineux de 1 à 2 millimètres de large où l'épiderme est soulevé par une sérosité louche ou franchement purulente et qui progresse irrégulièrement comme un volumineux sillon de gale. A mesure que ce sillon progresse par une extrémité, à l'autre l'épiderme se déchire, laisse une surface dénudée qui suinte quelque temps puis se recouvre d'épiderme en ne laissant d'autres traces qu'une traînée rougeâtre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DERMATOSES VERMINEUSES SUPERFICIELLES (MYIASES).

PAR

F. Balzer, Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

ET

M. Schimpff, Interne en pharmacie des hôpitaux.

Les traités de dermatologie sont sobres en détails sur les affections vermineuses superficielles de la peau et quelquefois même ces affections sont complètement délaissées. Pourtant, sans être fréquentes, elles se rencontrent de temps à autre dans les consultations et même dans les services de maladies de la peau. Nous ne rapportons ici que deux faits que nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis et qui nous ont offert assez fidèlement le tableau que présentent ces affections dans leurs formes ordinaires.

Le premier fait concerne un malade atteint d'ulcères de la jambe infectés par des vers. Cette forme d'affection vermineuse est la moins rare dans les consultations et s'est présentée dans des conditions typiques chez notre malade.

Comme on le conçoit facilement, la nocivité des larves est beaucoup plus accusée lorsqu'elles envahissent des plaies que lorsqu'elles se développent sur une peau dont l'épiderme est intact. On verra notamment qu'elles provoquent rapidement un accroissement des ulcères, et il n'est pas impossible que dans les régions variqueuses et baignées de pus, leur présence contribue plus ou moins directement à rompre la barrière épidermique et à créer ainsi de nouveaux ulcères.

Ulcère vermineux. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de 63 ans et exerce la profession de journalier. Il a depuis 16 ans un ulcère variqueux à la jambe gauche, depuis 15 ans un autre ulcère à la jambe droite, et est venu plusieurs fois se faire traiter pour ce genre d'affection à l'hôpital Saint-Louis. Les ulcères étaient fermés depuis plusieurs mois, lorsque le 15 juillet 1901 il advint à la jambe gauche de notre malade une petite plaie variqueuse large comme une pièce de cinq francs. Sur le conseil d'un camarade, journalier comme lui, et se trouvant à la campagne, il se soigne par de simples applications sur la partie malade de feuilles de Tussilage (communément Pas d'âne. — Tussilago farfara. *Synanthérées*). Le malade cueille lui-même dans les champs une de ces feuilles, lesquelles sont très larges, très cotonneuses, et recouvre son ulcère de ce pansement qui devait, pour être efficace, demeurer en place 3 à 4 jours avant d'être renouvelé.

Il se traite ainsi 15 jours sans laver sa jambe malade et il s'endort plu-

sieurs fois au bord d'une mare pendant les chaleurs des après-midi.

Le 1er août 1901 au matin, en voulant changer ce singulier pansement, il a constaté que son ulcère était rempli de vermine et avait considérablement augmenté en surface et en profondeur ; primitivement très petite, la plaie avait pris la dimension de la paume de la main, et même *un autre ulcère plus petit* de 3 centimètres environ avait *pris naissance à côté du grand* depuis le traitement par les feuilles de Tussilage.

Le malade est alors venu immédiatement à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et nous avons constaté que la vermine de l'ulcère était constituée par une multitude de larves d'une même espèce, très vivaces, et d'environ 5 millimètres de longueur pour $0^m,0\,005$ de diamètre. Ces larves ont été recueillies par nous pour être élevées, mais malheureusement nous n'avons pu les conserver vivantes que quelques heures, peut-être parce qu'elles étaient trop jeunes pour pouvoir supporter un changement de milieu. De l'avis de M. Mégnin, que nous avons à remercier de son obligeance à notre égard, elles appartiendraient à la famille des Insectes diptères muscidés de la tribu des sarcophaginés et, selon toutes probabilités, à la *sarcophila magnifica*, petite mouche grisâtre qui, d'après Railliet, a l'habitude de déposer ses larves dans les plaies et cavités naturelles de l'homme ou des animaux, en produisant d'assez graves désordres.

C'est certainement pendant que notre malade dormait au bord de l'étang que cette mouche productrice des larves que nous avons examinées, attirée par l'odeur infecte de cet ulcère, est venue déposer ses œufs dans cette plaie.

Le malade avait bien ressenti quelques jours avant le 1er août des démangeaisons et même des douleurs de plus en plus vives, mais comme il ne changeait les feuilles de Tussilage que tous les 3 ou 4 jours, il n'a pu constater de quel moment date l'éclosion de la vermine. Il est même heureux pour lui qu'il ait songé à découvrir sa plaie, car son ulcère aurait pris sans doute des proportions de plus en plus grandes pendant le développement de ces larves carnivores.

Au moment de son entrée, les ulcères, assez profonds, à bords nettement taillés, présentaient une coloration verdâtre, avec une sécrétion séro-purulente, très fétide, abondante, dans laquelle les larves évoluaient avec une grande rapidité.

Nous prescrivons des bains de jambe au permanganate de potasse à 1/5000 dès l'entrée du malade dans le service, le 1er août au soir, et dès le premier bain, la vermine avait complètement disparu. Nous lui avons appliqué ensuite des pansements bicarbonatés et une pommade à base de nitrate d'argent et de baume du Pérou.

Le 19 août le petit ulcère avait disparu et le plus grand était réduit à 5 centimètres environ de diamètre. Enfin quelques jours après, notre malade sortait du service complètement guéri.

Il faut ajouter à cette observation que l'ulcère de ce malade ayant récidivé depuis cette époque, il a dû revenir au mois de septembre de cette année à l'hôpital Saint-Louis. Or dans le courant du mois de juin ses plaies avaient été de nouveau envahies par la verminose, mais, instruit par l'expérience de 1901, il put rapidement s'en débarrasser à l'aide de simples lavages phéniqués.

Il résulte des renseignements fournis par le malade, que le second ulcère n'a pris naissance qu'à partir du moment où le grand ulcère a été envahi par la vermine. Cet ulcère s'est lui-même rapidement agrandi dès qu'il a été infecté, et, au dire du malade, cet accroissement s'accompagnait de douleurs vives qui l'ont forcé à entrer à l'hopital. Ce malheureux, du reste, n'avait rien fait pour s'opposer à l'invasion de ses plaies par cette vermine.

Il est admissible que les larves s'attaquent directement aux tissus ulcérés, mais l'exsudation séreuse abondante qui se produit à la surface des plaies doit amplement suffire à leur nourriture. Il est plus probable que l'accroissement des ulcères tient beaucoup aussi à l'irritation causée par la présence des larves, surtout par leurs *déjections*, et par l'infection microbienne qu'elles favorisent.

Quoi qu'il en soit, à partir du moment où les larves apparaissent dans un ulcère, son agrandissement fait des progrès rapides, les douleurs deviennent vives, et il faut au plus vite lui opposer un traitement approprié.

Ce traitement est d'ailleurs fort simple ; un seul bain de pieds additionné d'acide phénique ou de permanganate de potasse suffit pour désinfecter rapidement l'ulcère qui est ensuite pansé suivant les méthodes classiques.

A cette variété de *myiase superficielle* dans laquelle les larves se développent dans des plaies ou des ulcères cutanés, s'oppose une autre variété de *myiase plus superficielle encore* dans laquelle les larves vivent à la surface de l'épiderme. Elles s'y développent un peu à la façon des poux, avec cette différence qu'elles paraissent, au moins pendant un certain temps, ne trouver leur nourriture que dans les sécrétions de la peau. Nous en rapportons un exemple que nous avons récemment observé avec M. Faure-Beaulieu, interne du service.

Phthiriase avec myiase du cuir chevelu. — B..., Marie, âgée de 50 ans, couturière, entre le 16 septembre 1902, salle Alibert, n° 55, à l'hôpital Saint-Louis, dans un état de profonde misère. Elle raconte qu'elle a été attaquée à Saint-Ouen, il y a environ un mois, par plusieurs individus qui la rouèrent de coups sur le corps et sur la tête, et la laissèrent sur place sans connaissance. Depuis cet accident, elle est restée sans travail, sans domicile, sans aucun soin de propreté. Elle fut bientôt envahie par la vermine, la tête remplie de poux et de croûtes ; 2 jours avant son entrée à l'hôpital, elle s'aperçut de la présence de vers dans sa chevelure.

Au moment de son entrée, la tête paraît le siège d'une exsudation suppurative abondante, exhalant une odeur très fétide. Les cheveux agglutinés sont couverts de poux et de lentes, et partout on voit ramper entre les cheveux une quantité considérable de vers. Les plus volumineux ont 1 centimètre et demi de longueur, les plus petits environ 1/2 centimètre.

Ces vers grouillent dans la chevelure et lui donnent l'aspect le plus répugnant. La malade raconte que les mouches la poursuivaient dans ces derniers temps, et s'attachaient à elle à cause de la mauvaise odeur qu'elle répandait. Elle prétend avoir remarqué notamment la présence de mouches vertes. Dès son entrée, elle est envoyée au bain, puis on applique sur sa tête une compresse imbibée de pétrole et recouverte d'un taffetas gommé. Le tout reste en place jusqu'au lendemain. On peut constater alors que tous les poux et les vers sont morts. On procède à des savonnages du cuir chevelu, et on fait des applications de pommade au calomel qui achèvent de le désinfecter complètement. On peut voir que contrairement aux dires de la malade qui se figurait avoir des plaies du cuir chevelu, résultant des coups qu'elle avait reçus, celui-ci est absolument intact. Les poux et les vers n'ont déterminé d'ulcérations en aucun point, et la peau ne paraît pas irritée. L'exsudation fétide qu'elle avait présentée était due principalement aux sécrétions du cuir chevelu, à la malpropreté, aux déjections de la vermine qui fourmillait sur sa tête. On a pu l'en débarrasser par les lavages et le peigne, sans faire le sacrifice de la chevelure, et elle sortit de l'hôpital une semaine après son entrée.

Les larves recueillies sur sa tête furent examinées au laboratoire de zoologie du Muséum d'histoire naturelle, par M. Gravier. D'après la note qu'il a bien voulu nous remettre, il les considère comme des larves de Muscidées, très probablement de *Lucilia*, soit de *Lucilia Cesar*, soit de *Lucilia cerulea*, qui sont également communes dans le même habitat (1).

Quelque temps auparavant, un autre cas d'affection vermineuse du cuir chevelu avait été observé dans le service dans des conditions analogues. Il s'agissait d'une femme chez laquelle le développement colossal des poux et surtout des vers s'accompagnait d'une plique tellement inextricable qu'il fallut couper les cheveux. Malgré l'ancienneté relative de l'affection, malgré l'abondance de l'exsudation et des croûtes, la religieuse du service trouva le cuir chevelu parfaitement intact, comme dans notre dernier cas, et ne présentant ni ulcérations, ni même inflammation marquée.

Ces deux faits nous paraissent justifier l'opinion que nous avons émise à propos de la première observation, à savoir que les vers semblent

(1) Pour de plus amples renseignements sur ces faits, nous indiquerons les ouvrages suivants : R. Blanchard, *Zoologie Médicale*, 1885-90, t. II, p. 504. — Brehm, *Les Insectes, les Myriapodes, les Arachnides*. Édit. franç. par J. Kunckel d'Herculais, Paris, t. II, p. 601 et suivantes. A signaler encore l'ouvrage de M. Mégnin sur les *Parasites et les Maladies parasitaires*, celui de M. Railliet, *Traité de Zoologie médicale et agricole*, Paris, 1895. — Dubreuilh. Les Diptères cuticoles chez l'homme. *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1894, p. 328. — Hallopeau et Leredde, *Traité pratique de Dermatologie*, Paris, 1900. — Jarisch, *Die Hautkrankheiten*, Wien 1900, p. 623. — Cr. Joseph, Ueber Myiasis externa dermatosa. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1887, VI, p. 49. — Wilms, Myiasis dermatosa externa, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1897.

trouver d'abord leur pâture plutôt dans les exsudations qu'ils rencontrent ou qu'ils provoquent à la surface de la peau que dans l'attaque directe des tissus, bien que celle-ci ne soit pas impossible. Le cas observé en 1827, également à l'hôpital Saint-Louis, par Cloquet semble nettement démontrer que le cuir chevelu peut être envahi par les larves dans les cas d'infection vermineuse profonde et prolongée. Sous le nom *myiasis externa dermatosa*, Cr. Joseph a rassemblé aussi un certain nombre de faits démonstratifs. On trouvera dans le mémoire de Dubreuilh des faits qui démontrent la nocivité extrême des larves de certains *diptères cuticoles*.

Au cuir chevelu, les moyens thérapeutiques employés contre la phthiriase, compagne habituelle de ces invasions vermineuses, suffisent pour les combattre et les faire cesser promptement.

En résumé, les larves produites par la ponte des mouches à la surface de la peau ne paraissent pas provoquer facilement des lésions tant que l'épiderme est intact. Leur action ne peut être comparée, comme rapidité et intensité, à celle que l'on observe dans les cas où elles pénètrent dans les cavités, dans la *verminose profonde*, celle des fosses nasales ou des oreilles, par exemple. Elles deviennent déjà plus dangereuses, quand il existe des ulcères ou des plaies plus ou moins profondes dans lesquelles elles exagèrent les phénomènes d'infection microbienne, sans compter les désordres qu'elles peuvent causer elles-mêmes.

Les affections vermineuses superficielles ne sont même pas toujours mentionnées dans les classifications, elles peuvent prendre place dans les *zoonoses*, à côté de la phthiriase, qu'elles accompagnent parfois, ainsi que nous venons de le montrer (1). L'avenir nous apprendra mieux quelles sont les diverses variétés de larves qui interviennent dans la genèse des myiases superficielles.

(1) Les auteurs signalent même la possibilité du transport des poux par les mouches.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acanthosis nigricans.

Acanthosis nigricans, par G. Little. *Dermatological Society of London*, 9 octobre 1901. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 421.

Un cultivateur de 60 ans, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, n'est malade que depuis 3 ou 4 mois, il a maigri et perdu ses forces et il est survenu une éruption généralisée très prurigineuse. On ne trouve aucun symptôme d'une lésion viscérale. Dans tous les plis articulaires, cou, aisselle, région génito-crurale, etc., la peau est noirâtre, épaissie, fortement plissée et granuleuse, hérissée de petits papillomes, quelques-uns comme des pinceaux. Les narines sont obstruées de papillomes; la muqueuse des lèvres, des gencives, de la langue est blanchâtre, épaissie, veloutée par de longues papilles drues. Sur les paumes la peau est épaissie, inélastique et rude comme de la peau de requin. Autour de l'anus sont des masses de végétations, comme des condylomes acuminés. Partout l'état verruqueux et ridé s'accompagne d'une pigmentation brune ou noirâtre très accusée. L'état des muqueuses est assez bien représenté par la planche XI de l'*Atlas international des maladies rares de la peau.* Le prurit violent était un phénomène très marqué dans le cas actuel et rarement signalé.

Les coupes d'une verrucosité du bras montrèrent une augmentation énorme de la couche cornée, mais pas d'acanthose, pas d'augmentation des enfoncements interpapillaires. La limite dermo-épidermique est presque plane comme dans la planche IX de l'*Atlas international des maladies rares de la peau* (Pollitzer). Il semble que le processus est entièrement centrifuge. W. D.

Acné.

Traitement de l'acné rosacée par l'extrait de capsules surrénales (A note on the treatment of the early stages of acne rosacea with special reference to the use of supra-renal gland extract therein), par W. Munro. *Australasian medical Gazette*, 20 décembre 1900, p. 496.

Outre les méthodes de traitement ordinaires et déjà connues, M. a essayé l'extrait de capsules surrénales intus et extra.

Localement il fait badigeonner la face le soir avec une solution d'une tablette d'extrait surrénal de Burroughs et Welcome dans 30 grammes d'eau additionnée d'un peu de camphre ou de formol pour éviter la putréfaction. Il en résulte immédiatement et à la première application seulement une vive rougeur avec cuisson suivie au bout de 5 minutes d'une pâleur persistante. Dans les applications suivantes il ne se produit que l'anémie locale.

A l'intérieur il donne de deux à six tablettes surrénales par jour en s'arrêtant s'il survient des vertiges et des nausées. Dans bon nombre de cas il a obtenu la disparition des rougeurs. W. D.

Traitement de l'acné par les rayons de Röntgen (Acne and Sycosis treated by exposures to Röntgen rays), par Pusey. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1902, p. 204.

Ayant remarqué que dans plusieurs cas d'hypertrichose traitée par les rayons de Röntgen, l'acné concomitante avait disparu, P. a appliqué ce traitement systématiquement à 11 cas d'acné pustuleuse, qui tous ont été guéris après 20 ou 30 applications. Il faut employer un courant très faible, juste suffisant pour produire dans l'ampoule une lueur verdâtre, et l'amélioration se montre à partir du moment où l'on a produit un léger érythème. Un cas de sycosis du menton chez l'homme a été guéri de même, avec chute des poils. W. D.

Alopécies.

Causes anatomiques de la calvitie (The anatomic factor in the production of baldness), par G. Elliott. *Journal of the American medical Association*, 29 mars 1902, p. 814.

La calvitie correspond exactement à l'aponévrose épicrânienne qui ne contient pas de muscles, qui reste presque toujours immobile et dont le drainage lymphatique et veineux est des plus défectueux ; ce n'est que sur les parties latérales et postérieures qu'il est un peu favorisé par la déclivité et en ces points la calvitie n'apparaît pas. La calvitie est plus rare chez la femme parce que les soins qu'elle donne à sa chevelure impriment à l'aponévrose des mouvements passifs, qui favorisent la circulation. W. D.

Alopécie infectieuse (A case of peculiar disease of the scalp), par H. Klotz. *New-York dermatological Society*, 25 février 1902. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1902, p. 232.

Un enfant de 8 ans se plaint depuis 3 ou 4 semaines d'un peu de sensibilité du crâne et les cheveux sont en grande partie tombés par plaques irrégulières. Il n'y a pas d'autre altération de la peau que des taches bleuâtres un peu diffuses, molles et presque fluctuantes. A la ponction il en sort du sang. La plupart des assistants pensent qu'il s'agit d'une infection staphylococcique atténuée. Avec des pansements humides avec du sublimé à 1 p. 3000 et une pommade au précipité blanc, le malade est en voie de guérison, les cheveux repoussent et les taches bleuâtres laissent des taches atrophiques blanches. W. D.

Blastomycose.

Diagnostic de la dermatite blastomycétique (The immediate diagnosis of blastomycetic dermatitis), par A. W. Brayton. *Journal of the American medical Association*, 1er février 1902, p. 313.

Les affections avec lesquelles on peut le plus facilement confondre la dermatite blastomycétique sont la tuberculose et l'épithélioma. Le lupus est une maladie de l'enfance, les lésions pénètrent plus profondément et atteignent indifféremment tous les tissus. Du reste, bien des cas de dermatite blastomycétique ont été diagnostiqués tuberculose. L'épithélioma est au contraire une maladie de l'âge mûr ; il débute par un foyer qui s'étend de proche en proche sous forme de foyers distincts, l'induration est plus marquée et l'adénopathie survient dès que la lésion a une certaine impor-

tance. On n'y voit pas la même tendance à la cicatrisation spontanée que dans la dermatite blastomycétique.

La recherche du blastomycète peut se faire très facilement par l'examen extemporané soit du pus, soit d'un fragment de tissu pris sur le bord de la lésion ; on traite sur la lame par une solution de potasse caustique à 20 ou 30 p. 100 jusqu'à ce que les tissus soient détruits et on voit alors plus nettement les blastomycètes sous forme de corps arrondis réfringents de 5 à 20 μ à double contour et généralement en voie de bourgeonnement. On pourrait les confondre avec des gouttes de graisse ; pour éviter cette erreur, on peut laver le tissu à l'éther avant de le traiter par la potasse. W. D.

Chloroma.

Chloroma, par M. Dunlop et B. Bramwell. *British medical Journal*, 22 février 1902, p. 453.

I. — Un homme de 25 ans a remarqué depuis quelques mois de la tuméfaction des ganglions du cou. Ensuite apparaît et se développe graduellement une éruption généralisée de nodules cutanés du volume d'une tête d'épingle à une pièce de 5 francs, aplatis, indolents, de couleur ardoisée, violacée ou parfois verdâtre ; la face est tuméfiée par la présence de très nombreux nodules. Les gencives et les amygdales sont très gonflées, dures et pourpres; les conjonctives sont gonflées, le fond de l'œil est normal, l'audition est très diminuée, la voix est rauque, la respiration nasale est gênée. La rate et le foie sont tuméfiés. Fièvre, pouls très rapide, 120 à 130, faiblesse extrême. Le sang contient 4800000 globules rouges et 8000 globules blancs, principalement de grands lymphocytes (95 p. 100). L'examen microscopique des lésions cutanées fait par biopsie montre un tissu lymphoïde. A la nécropsie on remarque que toutes les lésions, tant cutanées que muqueuses, sont devenues franchement vertes ainsi que les ganglions. Quelques infiltrations lymphoïdes dans les viscères.

II. — Homme de 33 ans. La maladie a débuté il y a 1 an par la surdité et la tuméfaction des ganglions du cou ; la voix est rauque, la respiration gênée. La face est gonflée, cyanotique, les amygdales gonflées et ulcérées. Pas d'anémie apparente, mais le sang, examiné après la mort, montre un grand nombre de lymphocytes. Quelques nodules cutanés dans le dos ; fièvre, pouls précipité. Après la mort on remarque que plusieurs des ganglions lymphatiques sont verts.

D. et B. pensent que les cas de chloroma sont plus fréquents qu'on ne le croit. Ils ne peuvent donner d'explication satisfaisante de la teinte verte des lésions qui apparaît ou augmente après la mort. W. D.

Colloïde (Dégénérescence).

Dégénération colloïde de la peau (Colloid degeneration of the skin), par C. J. White. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1902, p. 49.

W. n'admet comme cas authentiques de dégénération colloïde de la peau que les cas de Wagner, Besnier, Feulard et Perrin. Il rejette les cas de Liveing, Philippson et G. Fox. Dans le cas qu'il rapporte il s'agit d'un homme de 52 ans, qui avait toujours eu une excellente santé et avait passé

sa vie en plein air. Début il y a 4 ans par le dos de la main. Actuellement l'éruption couvre le dos des mains, le voisinage des angles externes des yeux, les joues et les pavillons des oreilles dans leur entier. Elle est formée de petits nodules de 1/8 à 1/4 de pouce, arrondis ou polygonaux, jaunâtres et transparents, mous, élastiques et presque gélatineux au toucher.

L'épiderme, sauf la couche cornée, est aminci ; il est soulevé et tendu par la néoplasie qui en est séparée par une lame conjonctive. Le néoplasme est formé de masses colloïdes homogènes se colorant en jaune par l'acide picrique et en bleu verdâtre par le bleu polychrome. On y trouve des vaisseaux dont la paroi est dégénérée et des cellules conjonctives parfaitement normales. La néoplasie est comme enkystée par une zone de tissu élastique formée de fibres gonflées, noueuses et fragmentées offrant les réactions de l'élacine. W. D.

Dermatomycoses.

La réaction de l'iode dans les dermatomycoses (Dermatomycoses in their relation to Allen's iodin test), par J. Sobel. *Journal of the American medical Association*, 15 mars 1902, p. 690.

La réaction par l'iode indiquée par Allen, consiste à badigeonner la peau avec la solution de Lugol (eau 100, iodure de potassium 10, iode 5), les lésions parasitaires se colorent fortement et se détachent très nettement sur les parties saines. Dans le pityriasis versicolore, le badigeonnage iodé permet de déceler des localisations anormales, comme sur les parties découvertes ou velues; de reconnaître des rechutes au début; de différencier le pityriasis versicolore des affections similaires et notamment du chloasma.

Dans le pityriasis rosé les plaques se colorent énergiquement par l'iode et retiennent longtemps leur coloration; cela suffit pour que Sobel le considère comme parasitaire. Il constate que l'eczéma en plaques disséminées, les syphilides ne se colorent pas de la même façon. W. D.

Huile de térébenthine rectifiée dans les dermatomycoses, principalement dans le pityriasis versicolore et l'herpès tonsurant (Oleum terebinthinæ rectific. bei Dermatomykosen, speziel bei Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans), par L. Leven. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXII, p. 197.

L. a employé avec succès l'huile de térébenthine contre le pityriasis versicolore. Il fait frictionner fortement avec soin les parties malades une fois par jour pendant 5 minutes avec un tampon de ouate ou un morceau de flanelle imbibé d'huile de térébenthine.

Dans la trichophytie circinée vésiculeuse, il fait appliquer matin et soir des compresses de toile imbibées d'huile de térébenthine. Suivant l'impressionnabilité de la peau et le siège de l'affection, la réaction se produit plus ou moins rapidement; en général après 6 applications on obtient une action suffisante. L'irritation est ensuite très vive, les couches supérieures de l'épiderme se détachent, toute la partie est humide et très sensible. La guérison des points enflammés a lieu en un court laps de temps sous l'influence d'une pommade indifférente quelconque. Pas de cicatrices consécutives. Jusqu'à présent, L. n'a pas observé de récidives après l'emploi de ce mode de traitement. A. Doyon.

Eczéma.

Étiologie et traitement de l'eczéma (Iets over eczeem-aetiologie en therapie), par J. Vrijheid. *Medisch Weekblad van Noord-en Zuid-Nederland*, 1901, nos 8 et 9, p. 29 et 101.

Dans quelques articles, V. donne un aperçu et en même temps une critique concernant les opinions et les hypothèses de l'eczéma de l'école française et allemande. Sans s'appuyer sur de nouveaux faits ou de nouvelles épreuves, il se déclare partisan de la théorie de la nature parasitaire de l'eczéma. J. v. d. Wyk.

Dermite végétante consécutive à l'eczéma chez des enfants (Vegetating dermatitis developing during the course of infantile eczema), par Wende et Degroat. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1902, p. 58.

Chez 2 enfants de 8 mois et de 6 mois bien portants, mais antérieurement atteints d'eczéma séborrhéique, W. et D. ont vu se développer une éruption formée de pustules entourées d'une auréole rouge ; la base des pustules devient saillante, la lésion se couvre d'une croûte et s'étend par fusion avec des éléments analogues voisins. Sous la croûte on trouve une véritable tumeur ferme, végétante, suintante, saignant facilement, faisant une saillie considérable et atteignant 3 ou 4 centimètres de large. Les lésions siégeaient sur le cuir chevelu, le front, les joues ; toutes ont rapidement guéri avec une pommade à l'oléate de mercure.

L'examen bactériologique a fourni le staphylococcus epidermidis albus et le staphylococcus pyogenes albus. L'examen microscopique a montré la couche épineuse de l'épiderme très épaissie et œdématiée. Dans le derme il y avait une infiltration considérable de lymphocytes mais peu de signes de multiplication des cellules conjonctives.

Ces cas sont tout à fait semblables à ceux de Perrin et offrent une certaine analogie avec ceux de Hallopeau et de Hartzell. W. D.

Éléphantiasis.

Un cas d'éléphantiasis des Arabes des paupières (Een geval van elephantiasis Arabum van het onderste en bovenste ooglid), par Verbeek. *Medisch Weekblad van Noord-en-Zuid-Nederland*, 1901.

V. insiste sur la localisation extraordinaire dans ce cas. Ce cas a été examiné par nombre de médecins, d'abord comme étant de nature syphilitique, puis comme carcinome, et enfin le diagnostic a été porté sur l'éléphantiasis.

Tous les moyens ont échoué ; des tablettes de thyroïdine seules semblaient donner quelques succès, mais V. fut contraint d'en abandonner l'emploi parce qu'elles produisirent bientôt des symptômes d'intoxication. J. v. d. Wyk.

Épithélioma cutané.

Cancer de la peau (Cancer of the skin), par J. A. Fordyce. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1902, p. 147.

Dans un article général et assez rapide sur l'épithélioma de la peau, F. fait quelques remarques intéressantes. Le nodule perlé qui constitue le début de l'ulcus rodens peut rester indéfiniment stationnaire, mais à la suite

d'un curettage insuffisant, il peut prendre une marche rapide et devenir envahissant.

L'évolution des épithéliomes dépend surtout de leur structure, les épithéliomes bénins sont ceux qui présentent à la périphérie de leurs amas cellulaires une rangée de cellules analogues à celles de la couche génératrice de l'épiderme, et ceux dont le stroma présente peu de signes de réaction.

Les cellules géantes de l'épithéliome peuvent être dues soit à l'englobement d'une cellule kératinisée, soit à l'envahissement par les lymphocytes d'une masse hyaline. W. D.

Épithéliome adénoïde kystique (Brooke) et son rapport avec l'adénome des glandes sébacées (adéno-épithéliome) (Ueber das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) und seine Beziehung zum Adenom der Talgdrüsen (Adenoepitheliom), par W. Pick. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 201.

Homme de 43 ans, atteint depuis 3 ans d'une acné rosacée intense du front, du nez et des parties avoisinantes des joues. Ces régions ont une coloration très rouge; il existe en quelques points des papules disséminées. Sur la région zygomatique gauche, il y a un foyer de la dimension d'une pièce d'un franc, dont la peau a une teinte blanchâtre, et paraît amincie et atrophiée. Cette plaque est sillonnée de rares vaisseaux dilatés; à son centre quelques petites squamules sèches, dont l'élimination provoque un léger suintement sanguin. Ces caractères cliniques correspondaient à ceux du lupus érythémateux.

Un foyer de la dimension d'une lentille au-dessus de la région zygomatique droite et plusieurs autres foyers encore plus petits sur le front et les régions temporales présentaient un aspect tout à fait semblable. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'adénomes multiples des glandes sébacées qu'il faut regarder comme des nævi de ces mêmes glandes.

Sur un adénome de ce genre, il s'était développé, par prolifération de l'épithélium marginal, des acini des glandes sébacées, une tumeur épithéliale qui présentait les caractères histologiques de l'épithéliome adénoïde kystique (Brooke). On peut donc admettre au point de vue anatomo-pathologique, qu'on a affaire à une néoplasie épithéliale qui se trouve dans la période de transition de l'adénome à l'adéno-carcinome.

Cette lésion doit être dénommée adéno-épithéliome en raison de cette conception et de sa bénignité clinique et histologique évidente. A. Doyon.

Érythème multiforme.

Étude histologique de l'érythème multiforme (Histologie des Erythema multiforme), par K. Kreibich. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 125.

Les recherches histologiques de K. ont porté sur 10 cas et toutes ont démontré que dans cette affection on a affaire à des lésions plus ou moins caractérisées de nature inflammatoire. L'exsudation et la prolifération cellulaire y sont, d'une façon constante, beaucoup plus considérables que dans le pemphigus vulgaire. Dans les érythèmes maculeux on trouve les cellules d'exsudat (leucocytes mono et polynucléaires) principalement

autour des vaisseaux, souvent combinées avec une prolifération des cellules des parois vasculaires. Ces symptômes s'accompagnent habituellement d'une infiltration du derme dont la disposition présente les caractères les plus variés. Dans 7 cas sur 10 il y avait des cellules éosinophiles, parfois en petit nombre, d'autres fois en proportion aussi grande ou même plus grande que dans le pemphigus. Ces lésions du derme peuvent exister seules ou être accompagnées d'altérations de l'épiderme. La présence régulière de lésions inflammatoires dans ces dix cas permet de regarder l'efflorescence érythémateuse comme une inflammation circonscrite. On doit donc distraire l'érythème multiforme des angionévroses. A. DOYON.

Exfoliatrice (Dermatite).

Dermatite exfoliatrice (A case of exfoliative dermatitis), par FREEMAN. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 430.

Une femme de 30 ans, accouchée depuis 3 mois et nourrissant son enfant, sans antécédents pathologiques et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, est prise d'une éruption formée de macules érythémateuses un peu squameuses. Ces taches se multiplient et confluent de sorte qu'au bout de 2 semaines toute la peau est rouge, notablement infiltrée, desquamant très abondamment en larges lames ; aux poignets et aux aisselles on trouve quelques vésicules mais pas de bulles ni de suintement. La malade se plaint de cuisson plutôt que de démangeaison ; elle répand une légère odeur fade. Pouls faible à 140 ; fièvre ; diarrhée abondante mêlée de sang. Le traitement a consisté en onctions à la pâte de Lassar, du sulfate de morphine et de la noix vomique à l'intérieur. L'érythème s'améliora un peu, mais la diarrhée et le melæna persistant, la malade mourut dans le collapsus trois semaines après le début. L'enfant mourut de septicémie 4 jours après sa mère, avec une éruption pétéchiale. Le mari et les autres enfants n'ont rien eu.

F. considère qu'il s'agit d'une fièvre exanthématique non classée. W. D.

Contribution à la connaissance de la dermatite exfoliative généralisée aiguë de Wilson-Brocq (Ein Beitrag zur Kenntniss der Dermatitis exfoliativa universalis acuta Wilson-Brocq), par E. BRUUSGAARD. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 971.

B. rapporte un cas de dermatite exfoliative généralisée aiguë qui s'est terminé par la mort. L'examen microscopique de la peau montra, à un faible grossissement, que l'inflammation de la peau était principalement localisée autour du réseau vasculaire, sous-papillaire et papillaire ; l'inflammation était un peu moins prononcée dans la portion réticulaire du derme, où les glandes sudoripares et les follicules pilaires étaient étroitement entourés par des amas compacts de cellules ; comme dans le tissu sous-cutané les vaisseaux étaient dilatés et remplis de globules rouges et de nombreux leucocytes ; quelques-uns des plus gros vaisseaux présentaient une endartérite proliférante tellement accusée que leur lumière était réduite à une petite fente transversale avec quelques hématies contenues dans un réseau fibrineux.

En plusieurs points, il y avait dans ce tissu sous-cutané de nombreux foyers hémorrhagiques contenant des leucocytes poly et mononucléaires ;

dans tout le tissu sous-cutané, dans les foyers hémorrhagiques et dans leur voisinage immédiat, on voyait de nombreux diplocoques et streptocoques ainsi que des cocci surtout disposés en amas, qui se colorent tous par le Gram.

On peut expliquer les hémorrhagies par une rupture des parois vasculaires, consécutive à l'action des bactéries sur les parois.

Il y a lieu de regretter que l'auteur n'ait pas poussé plus loin ses cultures et n'ait pas fait d'expériences sur les animaux.

En résumé, il s'agit dans ces cas d'une maladie générale vraisemblablement produite par le streptocoque. Les lésions de la peau doivent être regardées comme un symptôme de l'infection générale, symptôme qui domine tout le tableau pathologique et précise la dénomination qu'on doit lui donner. A. Doyon.

Gangrènes cutanées.

Note sur la pathogénie des gangrènes symétriques des extrémités dans les infections pneumoniques, à propos d'un cas autopsié, par H. Dufour. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 18 octobre 1901, p. 1065.

Femme de 58 ans, atteinte, dans la convalescence d'une pneumonie double, d'érythème polymorphe généralisé, puis de phlyctènes purulentes suivies de gangrène aux doigts, aux orteils, à l'extrémité du nez et aux lobules des oreilles. A l'autopsie, reins gras et décolorés, rate infectieuse, puis dans le genou gauche. D. rejette dans ce cas l'influence du système nerveux en se basant sur l'absence de crises de syncope locale, sur l'intégrité du système nerveux périphérique constatée à l'autopsie ; il rejette également l'origine vasculaire des lésions, en se basant sur l'intégrité des artères, les veines étant seules enflammées, au niveau des lésions gangréneuses. Il attribue la gangrène à une action toxinique directe sur les éléments périphériques plus exposés à se laisser détruire que dans toute autre région en raison de leur situation excentrique. G. T.

Quelques particularités de la maladie de Raynaud (Some new points in regard to Raynaud's disease), par Beck. *American Journal of the medical sciences*, novembre 1901, p. 536.

Dans deux cas de maladie de Raynaud terminés par gangrène, B. a constaté par la radiographie une atrophie très marquée des dernières phalanges même dans les doigts qui n'ont pas été atteints par la gangrène. W. D.

Gangrène phéniquée (Carbolic-acid gangrene with report of a severe case), par J. C. Sheldon. *Medical Record*, 5 avril 1902, p. 534.

Une femme de 26 ans appliqua sur un cor du 2e orteil gauche un peu de coton avec quelques gouttes d'une solution d'acide phénique à 50 p. 100 et pendant une demi-minute, ensuite le pied fut épongé et lavé. La partie touchée par l'acide resta blanche et engourdie ; 12 heures après, la malade éprouvait une sensation de brûlure sur tout le pied, l'orteil était gonflé, le point d'application était noir. Pendant 5 ou 6 jours la gangrène s'étendit graduellement, gagnant la base de l'orteil, l'orteil voisin et le dos du pied sur la plus grande partie de son étendue. La guérison fut très lente.

Deux ans avant, la malade et sa sœur avaient eu toutes deux de la gangrène des doigts après avoir touché une solution d'acide phénique de composition inconnue.

Il faut remarquer dans ce cas l'extension de la gangrène bien au delà des parties touchées par l'acide et le rôle de l'idiosyncrasie non seulement de la malade, mais de sa famille. W. D.

Granulome.

Granulome annulaire (Granulome annulaire), par Radcliffe Crocker. *British Journal of Dermatology*, janvier 1902, p. 1.

C. rapporte 6 observations d'une lésion cutanée, non décrite, qui est constituée par des nodules ou des papules à développement lent qui en se réunissant forment des cercles où l'on peut cependant distinguer les nodules constitutifs. Ils subissent une lente régression, de sorte que le cercle finit par se fragmenter ou par former, par fusion avec d'autres cercles, un contour polycyclique. Le versant interne du cercle s'incline en pente douce vers une peau normale ou un peu rougeâtre; le versant externe est plus abrupt, nettement nodulaire. Les lésions sont d'un rouge violacé ou tout à fait pâles. Les nodules sont fermes, parfois légèrement verruqueux ou lisses comme les papules du lichen plan. Les lésions siègent généralement aux poignets ou sur la face dorsale des mains et des doigts, à la nuque (4 fois sur 6), quelquefois derrière les oreilles ou à la partie supérieure de la face. Dans un seul cas, chez un garçon de 11 ans, il y avait des lésions aux genoux.

En somme, elles affectent surtout les saillies osseuses articulaires. Dans deux cas il y avait coïncidence avec des verrues vulgaires. Dans 2 cas il y avait des antécédents de famille tuberculeux. La maladie est tout à fait indolente et évolue lentement.

L'examen microscopique d'une papule de la nuque a montré un épiderme normal, sauf dans sa couche épineuse qui était très épaissie et se prolongeait le long d'un conduit sudoripare ; les papilles étaient oblitérées au centre mais élargies à la périphérie. Dans la partie superficielle du derme était un foyer d'infiltration cellulaire très dense se prolongeant autour d'un glomérule sudoripare. La papule était située entre deux follicules pileux ; l'examen clinique suffit du reste à montrer que les papules n'ont aucune relation avec les follicules.

C. rapproche son cas de ceux de Fox, Galloway et Dubreuilh, mais les distingue parce que dans ces derniers les cercles sont continus, tandis qu'ils sont nodulaires dans les siens. W. D.

Grossesse (Dermatoses de la).

Hydroa gestationis, par J. Galloway. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 413.

Femme de 39 ans, a eu 4 grossesses, toutes terminées par des accouchements difficiles. Aux trois premières grossesses l'éruption s'est montrée 3 jours après l'accouchement, s'est limitée aux jambes et a duré 2 ou 3 semaines. La dernière fois l'éruption s'est montrée au 4[e] mois de la grossesse, s'est répandue sur tout le corps, n'a pas été influencée par l'accouchement et a persisté 8 mois après.

L'éruption est formée de plaques rondes, rouges, saillantes, sur lesquelles se développent souvent des bulles hémisphériques, tendues, remplies d'un liquide clair et accompagnées d'un violent prurit.

L'examen du sang a montré : globules rouges 5 110 000, leucocytes 17 000, avec 11 p. 100 d'éosinophiles. W. D.

Herpes gestationis, par G. LITTLE. *Dermatological Society of London*, 9 octobre 1901. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 419.

Femme de 29 ans, accouchée de son troisième enfant depuis 5 mois. Les deux premières grossesses n'ont rien présenté de particulier ; dans le cours de cette troisième elle a souffert de quelques douleurs rhumatoïdes, puis quelques jours après l'accouchement est survenue l'éruption actuelle qui dure encore au bout de 3 mois. Elle est constituée par des vésicules et des bulles de 1/8 à 1/4 de pouce de diamètre, naissant de la peau saine, sans érythème, très prurigineuses, très abondantes mais disséminées sans aucune tendance au groupement. W. D.

Hypertrichose.

La barbe chez les aliénées, par E. DUPRÉ et DUFLOS. *XIe Congrès des aliénistes et neurologistes français*, Limoges, août 1901.

D. et D. rappellent que tous les aliénistes ont remarqué la fréquence de la barbe et des moustaches chez les aliénées. Ils ont comparé à ce point de vue 2 séries de 1,000 femmes chacune, prises l'une dans les asiles d'aliénés, l'autre dans les hôpitaux généraux. Sur les 1,000 femmes non aliénées, ils en ont trouvé 290 barbues, dont 230 avec une barbe légère (duvet), 40 avec une barbe moyenne et 10 avec une forte barbe ; sur les 1,000 femmes aliénées, 497 barbues, dont 441 avec une barbe moyenne ou légère, les barbes moyennes étant à peu près aussi fréquentes que les barbes légères, et 56 avec une barbe forte. Relativement aux diverses formes d'aliénation mentale, sur 114 cas de démence sénile, il y avait 73 barbues, soit 64 p. 100 ; sur 113 cas de paralysie générale, 64, soit 56,6 p. 100 ; sur 664 cas de vésanies diverses, 318, soit 47,8 p. 100 ; sur 19 cas de démence précoce, 8, soit 42,1 p. 100 ; sur 36 idiotes et imbéciles, 14, soit 38,8 p. 100 ; sur 53 épileptiques, 20, soit 37 p. 100.

Sur les 1,000 aliénées, 637 n'avaient pas 50 ans, sur lesquelles 247, soit 38,7 p. 100, étaient barbues, 363 avaient plus de 50 ans, sur lesquelles 250, soit 48,8 p. 100, étaient barbues.

Sur les 1,000 non aliénées, 820 n'avaient pas 50 ans, sur lesquelles 313, soit 38 p. 100, étaient barbues et 188 avaient plus de 50 ans, sur lesquelles 87, soit 38 p. 100, étaient barbues.

Dans les antécédents des femmes barbues non aliénées on trouve très souvent des tares familiales ou personnelles de névropathie ou de dégénérescence mentale, ce qui montre que la majorité d'entre elles appartient à la famille névropathique.

D. et D. ont lieu de penser, d'après leur enquête, que chez les aliénées la fréquence et la richesse relatives de la barbe et de la moustache doivent être subordonnées à des troubles dans les sécrétions internes de l'ovaire et du corps thyroïde. G. T.

Kératose.

Kératose folliculaire familiale et contagieuse (Keratosis follicularis in two sisters), par Graham Little. *Dermatological society of London*, octobre 1901. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 417.

L. présente deux sœurs âgées de 6 et 13 ans et leur frère âgé de 2 ans et demi, tous les trois atteints d'une kératose folliculaire en placards. L'aînée est atteinte depuis 3 ans, la maladie tend à diminuer chez elle; la seconde est atteinte depuis un an, le petit frère depuis moins de temps.

La maladie consiste en papules folliculaires acuminées faisant une saillie de 1/16 de pouce, de couleur rose brunâtre, surmontées d'un bouchon corné grisâtre qui s'arrache facilement, laissant une petite dépression cratériforme au sommet de la papule. Les papules sont groupées en plaques nummulaires où elles sont assez drues pour simuler une râpe à muscade. Les plaques sont répandues surtout sur les membres du côté de l'extension, épaules, bras, fesses, cuisses, etc. et leur distribution est très nettement symétrique. Il n'y a pas de prurit. Les parents sont indemnes. Ce cas est identique à ceux qui ont été publiés par Brooke sous le nom de kératose folliculaire contagieuse. W. D.

Lèpre.

Lèpre anesthésique guérie (Instances of spontaneous cure in a leper family), par Douglas Montgomery. *Medical Record*, 19 avril 1902, p. 601.

M. rapporte l'histoire d'une famille où 4 enfants, ayant présenté à peu près simultanément des symptômes de lèpre anesthésique très évidents en 1886 et pendant 2 où 3 ans après, qui n'ont, depuis cette époque jusqu'en 1898, présenté aucun progrès de la maladie et paraissent définitivement guéris. W. D.

Lichen.

Du lichen ruber moniliforme (Kaposi). Ueber Lichen ruber moniliformis (Kaposi), par J. Bukovsky. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 143.

Jeune fille de 24 ans, présentant depuis deux ans, sur les surfaces de flexion des deux avant-bras, des papules plates, isolées, peu saillantes, rouge clair, avec légère sensation de brûlure. Cette affection resta stationnaire pendant cinq mois, puis s'étendit rapidement au visage, aux pieds et enfin au tronc. Déjà à cette époque les efflorescences commencèrent à se disposer en séries et à se réunir en traînées continues; prurit intense, mais la malade s'abstenait de tout grattage, car sous l'influence du plus léger frottement les efflorescences saignaient.

Au visage l'éruption est symétrique. La lèvre supérieure, la face dorsale et l'extrémité du nez, la partie supérieure des joues et les deux régions sus-orbitaires sont envahies par de nombreuses papules dures, arrondies ou coniques, de la grosseur d'un grain de chènevis, assez proéminentes et rouge pâle; les plus petites sont recouvertes d'une mince couche cornée, les plus volumineuses de squamules transparentes, blanc

jaunâtre, très adhérentes. Si on détache ces squames le corps papillaire mis à nu saigne.

La périphérie des efflorescences est normale ou présente une aréole légèrement hyperhémique; elles sont les unes irrégulièrement disséminées et isolées, les autres réunies en petits groupes qui sont recouverts de squames épaisses dont quelques-unes sont un peu hémorrhagiques.

Sur les membres supérieurs la disposition des efflorescences est plus particulièrement symétrique; sur les faces latérales elles forment des traînées à direction parallèle, de 1 à 2 millimètres de largeur. Si on détache l'épiderme qui recouvre ces traînées en apparence réunies, on voit l'empreinte des cônes cornés, les efflorescences et les éléments primaires de ces traînées caractérisées par quelques dépressions.

Le traitement a consisté dans l'emploi de la liqueur de Fowler, l'application de pommades indifférentes, pâte de Lassar, soit pure, soit additionnée d'ichthyol, de pommade de Hebra, de bains réguliers. Le résultat a été peu satisfaisant, bien que la malade ait pris une quantité notable d'arsenic.

L'examen microscopique d'une efflorescence et d'un petit fragment d'une traînée de l'avant-bras gauche a montré l'existence d'une inflammation de la peau débutant profondément au niveau des veines du chorion. Une fois les papules développées, il s'y ajoute une infiltration diffuse des couches papillaires et sous-papillaires. Dans toutes ces papules les veines paraissent atteintes, tandis que la plupart des artères sont intactes. Dans ces veines dont les parois sont tout à fait normales, on trouve de nombreuses varices produisant une stase veineuse qui explique peut-être l'hyperkératose.

On admet généralement que les efflorescences du lichen acuminé sont folliculaires ou périfolliculaires, ou qu'elles se développent tout autour des canaux excréteurs des glandes sudoripares.

B., d'accord avec Köbner, croit que cette localisation est simplement accidentelle, et d'ailleurs dans le cas actuel il n'y avait aucune lésion des annexes de l'épiderme, racines des poils et glandes sudoripares dilatées.

Ce cas n'apportera que très peu de lumière dans l'étiologie obscure du lichen et ne vient pas à l'appui de la théorie nerveuse émise par quelques auteurs. A. Doyon.

Lupus érythémateux.

Étude des rapports entre le lupus érythémateux discoïde et la tuberculose au moyen de la réaction de la tuberculine (Die Beziehungen des Lupus erythematosus discoïdes zur Tuberculose, mit besonderer Verwerthung der Tuberculinreaction), par W. Pick. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 359.

Le principal argument en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux serait dans la coïncidence fréquente de cette maladie avec d'autres affections tuberculeuses. C. Boeck dans 83 p. 100 des cas, Roth dans 63 p. 100, Kopp dans 47 p. 100 ont cru pouvoir établir cette coïncidence. Le tableau synoptique des cas qui ont été observés à la Clinique dermatologique de Breslau de 1892 à 1901, montre que, malgré l'examen le plus minutieux pour établir le diagnostic de tuberculose et quoi-

qu'on ait tenu compte des motifs les plus faibles et même seulement de l'anamnèse, on trouve qu'il y a une proportion considérable de cas dans lesquels on ne relève aucune trace de tuberculose :

Dans 18 cas sur 43, soit 42 p. 100, on a trouvé des indices positifs de tuberculose, tandis que dans 58 p. 100 il n'existe ni symptôme de tuberculose chez le malade même, ni tuberculose chez un membre quelconque de la famille.

Chez 29 malades auxquels on a fait des injections de tuberculine (à la dose d'un quart de milligramme jusqu'à vingt milligrammes) on n'a constaté une réaction locale que dans un cas où le diagnostic différentiel avec le lupus vulgaire était presque impossible. En outre, l'absence constante de toutes lésions tuberculeuses dans le tissu correspondant, l'absence de bacilles et le résultat négatif des inoculations ne permettent pas d'établir un rapport causal entre la tuberculose et le lupus érythémateux. A. Doyon.

Lupus vulgaire.

Nature des corpuscules renfermés dans le tissu lupique. (Ueber das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde), par M. Pelagatti. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXII, p. 169.

P., en colorant avec le bleu polychrome de Unna des coupes d'un lupus ulcéré, a constaté à l'intérieur de quelques cellules géantes des corpuscules qu'il avait déjà observés dans de nombreuses préparations de lupus vulgaire ou d'autres formes de tuberculose de la peau. Ces corpuscules se rencontrent aussi dans les espaces intercellulaires et tout à fait indépendamment des cellules géantes. Ils sont en général arrondis ou piriformes, d'autres ressemblent à des baguettes de tambour, à des biscuits, à des marteaux, à des feuilles de trèfle.

Lang, dans son travail sur l'histologie du lupus, donne une description exacte de la morphologie de ces corps contenus dans les cellules géantes, il les regarde comme analogues aux corps amylacés de Hossal. Soudakewitsch pense que ces corpuscules sont des fibres élastiques dégénérées ou des produits de leurs altérations. Rona, qui est de l'avis de l'auteur précédent, a en outre trouvé que dans les cellules géantes il s'est déposé autour des fibres élastiques non seulement des sels de chaux, mais aussi des sels de fer. Pour étudier ces corpuscules, P. s'est servi des trois colorations suivantes : le bleu polychrome de Unna, l'orcéine et l'hématoxyline. De ses recherches il conclut que ces inclusions cellulaires sont des cellules, mais non des cellules normales ou pathologiques du tissu même dans lequel elles se trouvent; il croit bien plutôt qu'il s'agit d'éléments cellulaires appartenant à un organisme végétal qui a pénétré dans l'intérieur du tissu lupique. La présence du fer dans les inclusions cellulaires n'est absolument pas un argument contre l'opinion qui fait de ces corpuscules des hyphomycètes. D'autres microphytes ont la propriété d'emmagasiner du fer. Selon P. ce champignon pénètre vraisemblablement à travers la partie ulcérée dans le tissu malade ; il est en outre convaincu qu'il n'a pas d'action pathogène et qu'il n'exerce aucune influence sur la marche du processus. On pourrait tout au plus lui attribuer l'action irritante d'un corps étranger. A. Doyon.

Contribution à la connaissance des cellules plasmatiques, principalement dans le lupus (Beiträge zur Kenntniss der Plasmazellen insbesondere beim Lupus), par L. Almkvist. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. VIII, p. 91.

A. a examiné plusieurs pièces de lupus et de tuberculose verruqueuse de la peau. Les coupes ont été traitées principalement par le bleu de méthyle polychrome de Unna avec décoloration dans un mélange d'éther et de glycérine.

Dans un cas de lupus vulgaire de la face correspondant histologiquement au lupus nodulaire ou circonscrit de Unna, l'examen avec le bleu de méthyle pur donne des résultats différents de celui avec le bleu de méthyle polychrome; les cellules plasmatiques se coloraient d'une manière spéciale par le bleu de méthyle polychrome, réaction que Unna a indiquée comme spécifique pour ces cellules. Selon cet auteur, les cellules plasmatiques sont des cellules de tissu conjonctif modifiées et non des leucocytes. A. admet cette opinion, en se basant sur l'aspect du noyau qui est semblable non à celui des leucocytes, mais à celui des cellules du tissu conjonctif, le noyau présentant toujours un réseau de chromatine bien développé, sur la forme de cellules qui ne sont pas aussi rondes que les leucocytes libres, mais ont des angles plus ou moins distincts, se transformant parfois en prolongement.

Partout, mais particulièrement à la périphérie des granulations lupiques, on voit toutes les formes intermédiaires entre les plasmazellen de Unna et les cellules de tissu conjonctif.

Ce qui frappe dans cette préparation c'est la prolifération considérable du tissu conjonctif et le petit nombre de leucocytes dans le tissu. Dans le tissu conjonctif on voit partout aussi ces formes intermédiaires comme à la périphérie des granulations.

Puisque les mastzellen qui existent dans cette préparation en nombre incalculable sont des cellules de tissu conjonctif modifiées, tout indique que dans ce cas l'étiologie du lupus a provoqué plutôt une prolifération et une modification du tissu conjonctif qu'une leucocytose et une modification des leucocytes.

Dans un autre cas de lupus vulgaire de la face, A. a trouvé des lésions histologiques essentiellement différentes de celles du cas précédent : le tissu de granulation était compact et assez diffus. Dans les coupes colorées avec le bleu de méthyle polychrome, il y a des mastzellen assez rares, tout à fait semblables à celle du cas précédent et ayant aussi un noyau bulliforme très analogue aux noyaux du tissu conjonctif environnant. On voit aussi de très nombreuses cellules, volumineuses, riches en protoplasma, habituellement avec des contours arrondis, de forme ovale ou circulaire avec un noyau toujours excentrique. Celui-ci est, relativement au protoplasma, d'un bleu pâle, toujours très fortement coloré : il a une position marginale caractéristique et contient de 5 à 8 grosses granulations de chromatine; parfois aussi, au milieu du noyau on observe un grain de chromatine. Le protoplasma bleu pâle ne présente pas de granulation évidente mais est presque homogène. Les grosses cellules n'ont donc aucune ressemblance avec les plasmazellen de Unna. Par contre, la plupart

des caractères morphologiques de ces cellules concordent avec ceux des cellules que v. Marschalko a décrites comme plasmazellen. Elles ne s'en distinguent que sous un seul rapport : leur protoplasma n'est ni friable, ni aggloméré, en forme de lambeau, comme le dit v. Marschalko, mais est presque homogène.

Contrairement aux plasmazellen de Unna, les plasmazellen de v. Marschalko ont à peu près le même aspect après coloration par le bleu de méthyle polychrome de Unna ou par le bleu de méthyle ordinaire.

Dans ce cas la prolifération de tissu conjonctif est peu accusée, les mastzellen sont rares, mais il y a une leucocytose évidente et, au lieu de la transformation des cellules de tissu conjonctif en plasmazellen de Unna, on voit les leucocytes se changer en plasmazellen de v. Marschalko.

Dans les deux cas de lupus décrits ci-dessus on a donc deux espèces de cellules de caractère différent au double point de vue morphologique et tinctorial qui toutes les deux ont été dénommées plasmazellen par Unna et par v. Marschalko. Les deux variétés ne peuvent se distinguer que par la coloration avec le bleu de méthyle polychrome.

Jusqu'à présent A. n'a dans aucun cas vu réunies ces deux espèces de plasmazellen. Les plasmazellen de Unna s'observent dans les cas où les lésions du tissu conjonctif prédominent et où il y a de nombreuses mastzellen ; les plasmazellen de v. Marschalko se rencontrent au contraire dans les cas où la leucocytose est plus caractérisée et les lésions de tissu conjonctif et les mastzellen plus rares. Dans la plupart des cas qu'il a examinés, A. a observé les plasmazellen de Unna.

Quant à l'origine des plasmazellen, A. trouve dans les cas qu'il a étudiés des raisons pour regarder les plasmazellen de Unna comme des cellules de tissu conjonctif modifiées, celles de v. Marschalko comme des leucocytes dégénérés. Mais de ces constatations A. ne peut déduire aucune conclusion positive sur le mode d'origine de ces cellules. A. Doyon.

Épithélioma du pavillon de l'oreille, développé sur une cicatrice de lupus, par Morestin. *Bulletins de la Société anatomique de Paris,* 11 janvier 1901.

M. rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, presque guéri d'un lupus du visage et de l'oreille. Sur le pavillon de l'oreille, complètement cicatriciel et atrophié, il se développa dans la conque une masse molle, irrégulière, végétante, saignant facilement, l'oblitérant complètement, pas de lésions ganglionnaires. Le malade ayant refusé le sacrifice même partiel de son oreille, l'ablation fut incomplète, quoique les lésions masquassent le conduit auditif sans l'envahir et s'étendissent faiblement en épaisseur. Six mois plus tard, récidive, peu volumineuse, mais avec envahissement des ganglions, état profondément cachectique, mort au bout d'un mois. Histologiquement, la tumeur était un épithélioma pavimenteux lobulé. G. T.

Lymphangiome.

Lymphangiome circonscrit (Lymphangioma circumscriptum), par N. Meachen. *Dermatological Society of Great Britain,* 23 octobre 1901. *British Journal of Dermatology,* décembre 1901, p. 472.

Femme de 28 ans. L'éruption, au dire de la mère, existe depuis la nais-

sance. A 7 ans, extirpation d'une tumeur de l'aisselle gauche. L'éruption occupe l'aisselle gauche et s'étend vers l'angle de l'omoplate; elle est formée de vésico-papules du volume d'une tête d'épingle, serrées, groupées en plaques au milieu desquelles se trouve la cicatrice opératoire longue de 5 pouces et chéloïdienne. Les vésicules sont jaunes, quelques-unes flétries, d'autres parcourues par de fins vaisseaux sanguins. Les lésions sont le siège de douleurs brûlantes qui s'aggravent aux époques menstruelles.

L'ensemble peut être comparé à du frai de grenouille.

L'examen microscopique montre un épaississement de l'épiderme corné, un allongement considérable des prolongements interpapillaires. Les papilles sont distendues par des cavités irrégulières qui se continuent avec des canaux lymphatiques sous-jacents; le tissu est infiltré de lymphocytes surtout autour des vaisseaux lymphatiques. W. D.

Tumeurs lymphangiomateuses des membres (Remarks on cases of lymphangiectasis with enormous overgrowth of cutaneous and subcutaneous structures), par W. Whitehead. *British medical Journal*, 29 mars 1902.

I. — Un homme s'est cassé le bras droit à l'âge de 5 ou 6 ans, 18 mois après la peau de la face dorsale du bras est devenue rouge puis s'est tuméfiée, puis le gonflement s'est étendu et s'est accru lentement d'abord, puis plus vite et, à 32 ans, forma une énorme tumeur fibromateuse s'étendant depuis l'épaule jusqu'au poignet qui est intact ainsi que la main. W. fit une amputation inter-scapulo-thoracique. Le membre supérieur avec sa tumeur pesait 31 kilogrammes. Guérison. La tumeur est formée de tissu fibro-lipomateux avec des vaisseaux dilatés et fortement infiltré de cellules embryonnaires par places.

II. — Une fille de 18 ans a souffert à 14 ans, du genou et de la cuisse; on fit le diagnostic de lésion de la hanche et on mit un appareil. Peu de temps après, la peau du genou s'est tuméfiée et le gonflement a gagné toute la cuisse, donnant naissance à une énorme tumeur pendante de la face postéro-interne de la cuisse. La tumeur est le siège de poussées lymphangitiques périodiques survenant à l'époque des règles et accompagnées de lymphorrhagie. Par le séjour au lit pendant quelques jours, la compression digitale de l'artère fémorale pendant 14 heures et un bandage élastique, la tumeur a beaucoup diminué de volume et est devenue flasque. Extirpation de la tumeur. Guérison.

III. — Eléphantiasis de la jambe droite ayant débuté à 23 ans. Guérison par compression de la fémorale avec un tourniquet et le port d'un bandage élastique. W. D.

Maladie de Paget.

Maladie de Paget de la vulve (Paget's disease of the vulva), par W. Dubreuilh. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 407.

Une femme de 51 ans a remarqué depuis trois ans un bouton rouge et prurigineux au voisinage du clitoris. Cette lésion a grandi peu à peu, et actuellement on trouve une plaque érodée et indurée occupant toute la partie antérieure de la vulve. La surface malade est rouge foncé, suintante, semée de quelques îlots épidermiques blancs et opaques; son

contour est nettement délimité ; elle repose sur une base mince, dure et parcheminée. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés à droite. Excision de toutes les parties malades et des ganglions suspects.

L'examen microscopique montre dans toute la partie malade l'épiderme de revêtement proliféré, formé de cellules métatypiques avec les caractères des cellules épithéliomateuses et constituant un épithéliome étalé en nappe. La transformation épithéliomateuse pénètre dans les follicules pileux et les glandes muqueuses, donnant naissance à de petits noyaux microscopiques profonds. W. D.

Maladie de Paget (Paget's disease), par Stowers. *Dermatological Society of Great Britain*, 23 octobre 1901. *British Journal of Dermatology*, décembre 1901, p. 470.

Une femme de 82 ans, mariée à 28 ans, a eu 7 enfants dont 3 morts en naissant; les 4 autres ont été nourris du sein gauche à cause d'une malformation du droit. La maladie est apparue à l'âge de 67 ans, à la base du mamelon gauche. Actuellement on trouve une plaque arrondie de 5 pouces sur 4 à surface rouge, infiltrée, à contour net et sinueux, le mamelon a disparu. Le cas est remarquable par l'âge avancé de la malade. W. D.

Médicamenteuses (Éruptions).

Éruption bromurique végétante (Peculiar vegetating eruption), par Mac Leod. *Dermatological Society of London*, 13 novembre 1901. *British Journal of Dermatology*, janvier 1902, p. 13.

Un garçon de 10 ans, chétif, présente depuis 2 mois sur les jambes une éruption d'apparence impétigineuse, formée de lésions de la largeur d'une lentille à 2 pouces; elles sont couvertes d'une croûte assez adhérente et sous laquelle on trouve une surface saillante, végétante, ulcérée et saignante. Les traitements antiseptiques locaux sont restés impuissants.

La mère a de grandes attaques probablement hystériques, l'enfant a eu des attaques jusqu'à l'âge de 3 ans et demi, puis deux autres récemment ; il prenait du bromure depuis quelques jours quand est survenue l'éruption. A l'âge de quelques semaines il y a eu sur la joue une éruption croûteuse analogue qui a laissé une large cicatrice. W. D.

Éruption quinique (Quinine rash, with report of a case), par H. Wood. *Saint-Louis medical and surgical Journal*, mai 1902, p. 242.

W. rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, qui avait pris une préparation contenant de la teinture de quinquina, soit environ 0,03 de quinine. Quelques heures après elle éprouva des cuissons dans les avant-bras, puis une éruption généralisée, formée de taches érythémateuses rondes de 2 à 5 centimètres. Au bout de quelques jours les taches se sont effacées et desquament.

W. donne une description d'ensemble des éruptions quiniques qui sont presque toujours érythémateuses et se produisent avec des doses minimes chez les individus susceptibles. L'idiosyncrasie une fois apparue persiste habituellement sans changement. W. résume en un tableau 60 cas recueillis dans la bibliographie. W. D.

Érythème quinique (A case of dermatitis medicamentosa), par W. Robey. *Boston medical and surgical Journal*, 3 avril 1902, p. 362.

Le malade, atteint de fièvre intermittente, a eu des poussées d'érythème chaque fois qu'il a pris de la quinine.

Trois heures après l'ingestion de la quinine, on remarque un peu de rougeur sur la face et les mains ; au bout de cinq ou six heures l'érythème est généralisé et s'accompagne d'un prurit violent. Le lendemain, l'érythème pâlit et le quatrième jour se fait une desquamation profuse en larges écailles. W. D.

Dermatite causée par le salicylate de soude (Dermatitis from salicylate of soda), par Howard Morrow. *British Journal of Dermatology*, novembre 1901, p. 434.

Une femme de 25 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, prend environ 6 à 8 grammes par jour de salicylate de soude. Au bout de 2 jours une éruption se montre sur le front qui graduellement envahit toute la face ; elle est formée de plaques érythémateuses de 1/4 de pouce à 1 pouce. Le sixième jour un certain nombre de ces plaques se couvrent de vésicules ; prurit médiocre. L'éruption se maintient jusqu'au dixième jour ; on cesse alors le salicylate et tout disparaît en 4 jours.

Quelques jours après on donna de nouveau du salicylate de soude et 2 jours plus tard l'éruption revenait sur le front, pour disparaître aussitôt qu'on eut supprimé le médicament. W. D.

Éruptions dues à l'antitoxine diphtéritique (On diphteria antitoxin eruptions), par A. Stanley. *British medical Journal*, 15 février 1902, p. 386.

S. a traité 500 cas de diphtérie par les injections de sérum. Il a observé 112 cas d'éruptions qui se décomposent comme suit : 58 érythèmes, 30 urticaires, 15 érythèmes combinés avec l'urticaire, 6 éruptions scarlatiniformes, 17 érythèmes plus ou moins urticariens transitoires, précoces et siégeant au niveau de l'injection. Les érythèmes se sont montrés du 4e au 29e jour, en moyenne le 12e jour ; les urticaires du 4e au 19e, en moyenne le 9e jour. La forme la plus typique est un érythème marginé occupant les membres du côté de l'extension et accompagné d'un peu de fièvre passagère ; elle dure de 2 à 5 jours. Dans aucun cas S. n'a vu de douleurs articulaires ou de phénomènes généraux graves. W. D.

Nævi.

Histogenèse des nævi mous (Zur Histogenese der weichen Nævi), par Judalewitsch. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 15.

J. a examiné, chez un jeune homme de 26 ans, un nævus de la région pubienne de la grosseur d'un noyau de cerise, peu proéminent, mou, très pigmenté, tandis que la pigmentation des parties avoisinantes était beaucoup plus claire. De ses recherches histologiques J. déduit deux données importantes :

Les cellules de nævus ont pour origine les cellules épithéliales et d'autre part elles forment des fibres du tissu conjonctif et des fibres élastiques, autrement dit les cellules épithéliales se transforment en cellules de tissu conjonctif. Pendant cette transformation les cellules épithéliales traversent

les périodes suivantes : 1° prolifération et pigmentation, 2° augmentation du volume des cellules avec rétraction consécutive du protoplasma et perte des fibres épithéliales, 3° disparition de quelques cellules épithéliales et élimination de ces cellules dans le derme, 4° dépigmentation graduelle et condensation du protoplasma, 5° développement de cellules polygonales de nævus avec noyaux vésiculiformes, 6° néoformation de fibres de tissu conjonctif et de fibres élastiques, 7° persistance de noyaux en forme de vésicules encastrés dans des faisceaux de tissu conjonctif.

En conséquence, la métaplasie de la cellule épithéliale et sa pigmentation semblent être étroitement liées, et, avec l'achèvement de la métaplasie, il se produit aussi une dépigmentation des cellules. A. Doyon.

Cinq cas de nævi kystépithéliomateux disséminés. Hidradénomes de Jacquet et Darier, etc. (Fünf Fälle von Nævi cystepitheliomatosi disseminati), par A. Gassmann. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 177.

Il résulte des observations des 5 cas rapportés par G. que les tumeurs ne surviennent pas exclusivement sur la partie antérieure du tronc, mais parfois aussi sur le dos. Leur siège de prédilection paraît être la paupière inférieure où on les observe à coup sûr plus fréquemment qu'on ne l'admet en général. Les lésions les plus importantes sont des bourgeons partant de l'épithélium. Dans presque tous les cas G. a pu trouver des prolongements de l'épithélium de revêtement pénétrant dans la profondeur sous forme de bourgeons solides, sans cavité et se ramifiant plus ou moins haut dans le derme.

Par des coupes en séries, G. a démontré d'une manière positive que le kyste est en rapport immédiat avec l'épithélium par l'intermédiaire d'une travée cellulaire.

Il faut, d'après G., regarder cette affection comme un épithéliome bénin et il voudrait, en rappelant la dénomination donnée par E. Besnier (cystadénome épithélial bénin), proposer le nom de nævi cystépithéliomateux disséminés. Le début dans l'enfance, la persistance des efflorescences qui, une fois arrivées à un certain volume, ne se modifient presque plus pendant toute la vie et ne disparaissent jamais spontanément, leur caractère bénin viennent encore à l'appui de cette opinion. Cette affection provient sans doute d'une disposition congénitale, quoique jusqu'à présent on n'ait pas constaté d'hérédité.

Tandis que la nature épithéliomateuse de cette forme de tumeur paraît démontrée par les constatations ci-dessus, G. est très réservé relativement au rapport avec une partie déterminée de l'épithélium, notamment avec les canaux excréteurs des glandes sudoripares. Ce serait seulement si on démontrait dans un plus grand nombre de cas que la base des canaux excréteurs des glandes sudoripares est constamment le point de départ des prolongements épithéliaux, qu'on pourrait attribuer cette néoplasie à une croissance retardée et atypique des cellules épithéliales destinées primitivement à former des glandes. A. Doyon.

Œdème.

Œdème de la main et du bras gauche chez une hystérique, par Raymond et Cestan. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 6 juin 1901.

R. et C. présentent une jeune fille de 14 ans, ayant depuis l'enfance des troubles névropathiques (somnambulisme nocturne, petites attaques frustes d'hystérie) qui, à la suite de deux panaris de la main gauche mal soignés, fut prise d'œdème hystérique d'abord bleu puis blanc de la main et du bras du même côté, avec production de phlyctènes à chaque nouvelle extension de l'œdème, avec contracture de la main en flexion forcée, et anesthésie absolue à tous les modes des parties œdématiées. G. T.

Ongles (Maladies des).

Leucotrichie annulaire (Case of leucotrichia annularis associated with developmental and other pigmentary disorders), par N. Meachen. *British Journal of Dermatology*, mars 1902, p. 86.

Le sujet est un garçon de 8 ans, développé et intelligent, qui présente sur le corps de nombreuses taches pigmentaires, de la syndactylie des 2e et 3e orteils gauches et un 5e orteil surnuméraire à droite. L'aspect particulier des cheveux a été remarqué à 3 mois.

Les cheveux sont bien développés, bruns, mais vus de près ils paraissent tachetés. Quand on les examine individuellement l'aspect annelé n'est visible que sur un fond sombre. Le calibre est régulier ; les segments blancs ont une longueur de 2 millimètres, et les segments bruns ont 3 millimètres. Les segments blancs sont noirs à la lumière transmise et blancs à la lumière réfléchie, ils ne contiennent pas de pigment mais sont infiltrés d'air dans la partie médullaire. M. passe ensuite en revue tous les cas connus de cheveux annelés. W. D.

Parasites animaux.

Pénétration des embryons d'ankylostome par la peau (Note on the entrance of ankylostoma embryos into the human body by means of the skin), par F. M. Sandwith. *British medical Journal*, 14 sept. 1901, p. 690.

Il est difficile d'expliquer la pénétration des embryons d'ankylostome par les voies digestives parce que ces embryons ne vivent pas dans l'eau courante et restent au fond dans l'eau stagnante. S. croit qu'ils peuvent pénétrer à travers la peau et que les malades s'infectent par le contact prolongé des pieds et des mains avec la boue contenant des embryons.

S. remarqua à plusieurs reprises que le contact d'une goutte d'eau contenant des embryons d'ankylostomes déterminait au point touché une certaine irritation et que quelque temps après, il avait des œufs d'ankylostomes dans ses selles ; mais, comme il en avait eu antérieurement, cela pouvait n'être qu'une rechute accidentelle.

Il versa une goutte d'eau avec des embryons et la laissa sécher sur la jambe d'un jeune garçon qu'on devait amputer une heure après. Les coupes de cette peau montrèrent des embryons dans les follicules pileux jusqu'au voisinage de la papille. W. D.

Éruption causée par les larves d'ankylostome (On the causal relationship between the ground-itch or pani-ghao and the présence of the ankylostoma duodenale in the soil), par Ch. Bentley. *British medical Journal*, 25 janvier 1902, p. 190.

Sous le nom anglais de ground-itch (gale de terre) de pani-ghao (mal d'eau dans la langue des coolies d'Assam) on désigne une éruption vésiculeuse et prurigineuse qui atteint les pieds et les jambes des cultivateurs d'un grand nombre de pays tropicaux et particulièrement des plantations de thé d'Assam et de Cachar.

L'éruption débute par de l'érythème accompagné d'une violente démangeaison, puis surviennent des vésicules, souvent des pustules et des ulcérations, voire de la gangrène. Elle ne se montre que dans la saison pluvieuse, chez les coolies qui travaillent dans les jardins voisins des habitations et qui par suite ont les pieds constamment souillés par la terre humide. Cette terre est elle-même infestée de larves d'ankylostomes parce que l'ankylostomiase est très répandue dans les plantations de thé (plus de trois quarts des coolies en sont atteints) et que les coolies n'ont ni latrines ni rien d'analogue et défèquent n'importe où, au voisinage de leurs habitations.

La terre provenant d'un endroit notoirement infecté appliquée humide sur le bras pendant quelques heures a produit une éruption typique. La terre d'un endroit non infecté ne produit rien, non plus que la terre infectée après stérilisation par la chaleur.

B. a pris de la terre, l'a parfaitement stérilisée par la chaleur et l'a divisée en deux parties dont l'une (A) fut additionnée de matières fécales contenant des œufs d'ankylostomes, l'autre (B) par des matières fécales n'en contenant pas. Les deux échantillons humectés d.eau stérilisée furent abandonnés une semaine à la température ambiante dans une atmosphère humide ; au bout de ce temps l'échantillon A fourmillait d'embryons d'ankylostomes et B n'en contenait pas. Chacun fut divisé ensuite en deux moitiés, les deux premières A^1 et B^1, furent maintenues humides, A^2 et B^2 furent désséchées à basse température pendant 8 heures, ce qui suffit à tuer les embryons d'ankylostomes. Puis les 4 échantillons, humectés d'eau stérilisée, furent appliqués sur les bras de divers sujets et maintenus 8 ou 9 heures. Au bout de ce temps : A^1 avait produit une plaque d'érythème prurigineux qui fut suivi de vésiculation et constitua une éruption typique de ground-itch, la terre ne contenait plus d'ankylostomes ; A^2 n'avait rien produit, mais on y retrouvait en abondance les cadavres d'embryons d'ankylostomes tués par la dessiccation antérieure ; B^1 et B^2 n'avaient rien produit non plus.

B. conclut de cette expérience que l'éruption en question est causée par la pénétration à travers la peau des embryons d'ankylostomes contenus dans la terre humide. La terre n'est infectée qu'au voisinage des maisons par les matières fécales répandues partout et dans la saison humide parce que dans la saison sèche les embryons sont tués par la dessiccation. W. D.

Professionnelles (Dermatoses).

Dermatoses professionnelles des polisseurs (Some remarks on forms of trade dermatitis occurring in the silver and electroplating trades), par A. Hall. *British Journal of Dermatology*, avril 1902, p. 121.

I. — Dans le brossage (Scratch-brushing), les ouvriers présentent les

pièces d'argenterie à une brosse rotative sur laquelle coule un filet de bière aigre. La bière qui a passé sur la brosse est recueillie dans une auge inférieure et continue à servir plusieurs jours de suite. On observe chez ces ouvriers une dermite très douloureuse qui atteint la face dorsale des mains et les avant-bras, quelquefois même le cou. L'éruption apparaît après quelques mois, ou après bien des années de travail; la bière qui sert depuis plusieurs jours est plus irritante que la bière aigre fraîche; quelquefois le froid paraît aggraver la susceptibilité des ouvriers.

II. — Dans le polissage proprement dit, les ouvriers emploient une poudre rouge qui paraît contenir parfois du mercure : c'est surtout dans ce cas que surviennent des accidents qui consistent en une dermite des avant-bras et de la face dorsale des mains. Le meilleur traitement curatif et prophylactique consiste à appliquer tous les matins sur le dos des mains une couche de colle de zinc, qu'on peut arracher le soir après le travail.

Hall recommande la formule suivante, qui tient mieux et coûte moins cher que la pâte d'oxyde de zinc de Unna : Gélatine de Coignet n° 3, 16 parties; carbonate de zinc, 12; glycérine, 20; eau, 26.

On macère la gélatine dans une partie de l'eau, puis on la fait fondre au bain-marie; on mélange au mortier la glycérine et le carbonate de zinc, on l'ajoute à la gélatine avec le reste de l'eau et on coule la masse dans une cuvette photographique pour faire des plaques qu'on conserve enveloppées dans du papier imperméable et qu'on fait fondre au moment de s'en servir, dans un bain-marie. W. D.

Pityriasis rubra.

Contribution à l'étude clinique et à l'anatomie pathologique du pityriasis rubra de Hebra (Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Pityriasis rubra Hebrae), par W. Kopytowski et Wielowiesyki. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 33.

W. et W. rapportent très en détail l'observation d'un homme de 65 ans atteint de pityriasis rubra de Hebra et qui a succombé à cette affection. Les constatations anatomo-pathologiques faites pendant la vie et après la mort ont donné les résultats suivants : la présence de cellules géantes, de cellules épithélioïdes et pigmentaires ainsi que de cocci permet d'admettre qu'il s'agit d'une infection; ce cas de pityriasis rubra n'a aucun rapport avec la tuberculose; la présence de cocci dans la peau du dos excisée pendant la vie ainsi que dans le cuir chevelu, dans la peau des creux axillaires et dans les ganglions lymphatiques examinés après la mort autorisait à croire qu'il s'agit d'un germe infectieux nouveau.

Les cultures de la peau de trois régions ont donné un même résultat : cultures pures de diplocoques parfois groupés par quatre. Quoique l'inoculation de cultures pures à des cobayes ait donné des résultats négatifs, il ne faut pas lui attribuer une importance particulière, car on sait que beaucoup de maladies ne sont transmissibles spécifiquement qu'à certains groupes d'animaux et à l'homme. Le parasite, qui a été trouvé en grande quantité dans différentes régions de la peau et qui se colore en particulier par le bleu polychrome de méthyle, est en rapport immédiat avec la pathogénie du pityriasis rubra. Le parasite provoque dans les couches

superficielles de la peau, plus rarement dans les couches profondes, autour des glandes sudoripares et des follicules pilaires, une inflammation en foyer dont les produits sont analogues aux granulomes infectieux inflammatoires. L'irritation détermine dans le tissu l'apparition de leucocytes en général mononucléaires; en même temps les cellules fixes du tissu conjonctif augmentent de volume et prolifèrent; peu à peu surviennent des cellules géantes et des cellules épithélioïdes. Dans les foyers inflammatoires il se forme des vaisseaux, mais leur endothélium se gonfle et leur lumière, diminuée par suite de ce gonflement et de la pression du tissu voisin qui a été modifié, se rétrécit partiellement. Tout ceci provoque une congestion vasculaire très évidente dans les préparations autour des foyers inflammatoires.

Ces foyers ne restent isolés que dans les périodes initiales de la maladie, d'ordinaire on rencontre déjà dans la peau une inflammation plus diffuse.

Aux altérations primitives du tissu conjonctif et des vaisseaux de la peau succèdent des altérations secondaires des éléments épithélioïdes, d'où l'atrophie des glandes sébacées et des follicules pilaires. Avec le temps les foyers inflammatoires de la peau se transforment en tissu conjonctif fibrillaire, ce qui détermine ou une atrophie des papilles, ou un amincissement général de la peau, surtout de son épiderme (atrophie fibreuse de la peau). C'est la dernière période de la maladie à laquelle W. et W. ont eu affaire en examinant le cuir chevelu excisé après la mort; les périodes antérieures s'observaient dans la peau du pied, les périodes intermédiaires dans la peau du thorax. A. Doyon.

Prurigo.

Pathogénie du prurigo (Zur Pathogenese der Prurigo), par R. Bernhardt. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 175.

Jeune homme de 21 ans, ayant depuis l'âge de 8 ans une éruption prurigineuse. La peau en certains points a une teinte foncée, elle est épaissie, dure, sa surface est sèche avec légère desquamation. Les régions envahies sont les côtés de l'extension des membres inférieurs et des bras. Sur cette peau épaissie il existe de nombreuses papules, de la dimension d'une lentille, variant du rose pâle au rouge foncé, de consistance assez dure; la plupart sont recouvertes de croûtelles hémorrhagiques. Il y a quelques petits furoncles et de nombreuses traces de grattage disposées en traînées. Le membre supérieur droit, atteint de paralysie infantile, est toujours resté indemne d'éruption.

B. termine son article par les conclusions suivantes :

Le prurigo n'est ni une névrose de la sensibilité ni une névrose vasomotrice pure; c'est une trophonévrose appartenant aux hypertrophies de la peau. Très vraisemblablement les papules sont le phénomène primitif tandis que le prurit est secondaire. A. Doyon.

Prurigo simplex (Two cases of prurigo simplex chronicus Brocq), par W. Warde. *British Journal of Dermatology*, février 1902, p. 43.

Dans ce travail fait dans le laboratoire d'Unna, W. publie les observations de deux malades, la mère e la fille, toutes deux atteintes depuis leur jeu-

nesse d'une éruption prurigineuse formée de papules disséminées sur le tronc et les membres du côté de l'extension, surmontées d'une croûtelle et qui chez la fille étaient évidemment en rapport avec les follicules.

L'examen microscopique a montré que les papules étaient développées autour d'un follicule bouché par l'hyperkératose de son orifice dilaté et enflammé. Dans le follicule on trouvait en abondance le bacille-bouteille auquel W. est disposé à attribuer un certain rôle dans le développement de la maladie. W. D.

Éruption papuleuse des aisselles (Two cases of a rare papular disease affecting the axillary region), par G.-H. Fox et J. Fordyce. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1902, p. 1.

Une femme de 28 ans, maigre et très nerveuse, est atteinte depuis 1 an d'une éruption qui occupe les aisselles et le pubis ; elle est constituée par une foule de petites papules rondes, lisses, fermes, pâles, mais souvent excoriées et enflammées par le grattage; la peau est infiltrée et fissurée. Les lésions sont le siège d'un prurit violent, surtout aux aisselles.

La malade est restée 1 an à l'hôpital sans qu'aucun traitement ait pu procurer le moindre soulagement au prurit incessant. Un autre cas est celui d'un jeune homme également névropathe, chez lequel les lésions étaient de tout point semblables et le prurit également violent.

Chez ce dernier deux papules ont pu être excisées dans l'aisselle. On a trouvé un épaississement considérable de toutes les couches de l'épiderme qui plongeait profondément au niveau des orifices folliculaires et sudoripares. Les glandes sudoripares étaient très dilatées et le derme présentait des lésions d'inflammation chronique. W. D.

Purpura.

Le purpura chronique de l'artério-sclérose, par Gaucher et Lacapère. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 avril 1901.

G. et L. rapportent l'observation d'un homme de 52 ans, qui a eu depuis plus de vingt ans des poussées purpuriques sous forme de petites taches brunâtres, arrondies, du diamètre d'une lentille environ, poussées se répétant à intervalles plus ou moins éloignés; les taches se confondent les unes avec les autres et laissent des plaques brunâtres persistant indéfiniment. Les lésions ont débuté par les jambes, atteintes les premières de varices et se sont développées progressivement sur les membres inférieurs, les fesses, le tronc, les épaules et la partie supérieure des bras à mesure que les varices s'étendaient. La cause de ces suffusions est, d'après G. et L., la rupture des capillaires sclérosés. G. T.

Purpura avec hémorrhagie dans les capsules surrénales (Case of purpura ending fatally, associated with hæmorrhage into the suprarenal capsules), par Graham Little. *British Journal of Dermatology*, décembre 1901, p. 445.

L. a réuni 11 cas (dont 4 personnels) d'une forme morbide qui paraît assez bien individualisée.

Les malades sont des enfants âgés de 12 mois environ, sans antécédents morbides. Ils sont pris brusquement de vomissements, puis de diarrhée, de

fièvre et de purpura en petites taches disséminées; au bout de quelques heures ils sont déjà manifestement très malades; en 24 heures ils sont morts.

A l'autopsie on ne trouve pas d'autre lésion qu'une infiltration hémorrhagique des deux capsules surrénales et quelquefois un peu de tuméfaction des ganglions mésentériques et des plaques de Peyer. Dans 2 cas, L. a trouvé des streptocoques dans les vaisseaux de la peau au niveau des taches de purpura (par l'examen microscopique), mais pas dans les capsules surrénales et rien par les cultures.

L. rapproche de ces cas deux faits de Talbot où des enfants ont présenté tous les mêmes symptômes que dans les cas précédents avec la même terminaison, mais sans purpura, et où l'autopsie a également montré des hémorrhagies des capsules surrénales.

Enfin dans un certain nombre de faits les mêmes accidents, mais plus lents, ont été liés à une hémorrhagie surrénale unilatérale.

L. croit pouvoir attribuer le purpura dans ses cas à la destruction des capsules surrénales. W. D.

Ecchymoses spontanées dans la neurasthénie, par Mirallié. *Société de neurologie de Paris*, 4 juillet 1901.

M. rapporte 2 observations d'ecchymoses survenues sur les membres inférieurs, après avoir été précédées de picotements ou de fourmillements, chez des sujets atteints de neurasthénie grave; dans un cas, elles mesuraient de 1/2 à 12 centimètres de long et avaient une forme irrégulière. Ce symptôme doit être considéré comme constituant un indice de gravité de la neurasthénie. G. T.

Radiothérapie.

Traitement de l'ulcus rodens par les rayons de Röntgen (Four cases of rodent ulcer treated by X rays), par J. W. Pugh. *British medical Journal*, 12 avril 1902, p. 882.

P. a traité par les rayons X quatre cas d'ulcus rodens et a obtenu une guérison qui paraît définitive après 36, 34, 32 et 12 séances de 5 à 10 minutes. W. D.

Emploi thérapeutique des rayons X (The therapeutic employment of X rays), par Lancashire. *British medical Journal*, 31 mai 1902, p. 1328.

Dans l'*hypertrichose*, l'électrolyse reste le meilleur moyen dans la généralité des cas, mais il est des cas d'hypertrichose abondante formée de poils fins et blonds où l'électrolyse est impossible et qu'on peut guérir avec les rayons de Röntgen. Les séances, assez fréquentes au début, doivent être ensuite espacées sur une longue période.

Sycosis coccogénique. Quelques cas ont été traités avec succès par de courtes expositions.

Lupus. Les rayons X sont surtout indiqués dans les cas de lupus ulcéré ou très étendu. La réaction excessive bien qu'ayant parfois donné un bon résultat final doit être évitée. Il y a avantage à ne pas trop rapprocher les séances, car l'amélioration se prolonge quelquefois assez longtemps après la suspension des séances. Les nodules lupiques deviennent d'abord plus apparents, se tuméfient, puis se ramollissent et se résorbent sans qu'il

soit nécessaire de pousser jusqu'à l'ulcération. Le traitement réussit très bien dans les cas de lupus scléreux dur et étendu.

Ulcus rodens. C'est dans cette affection que l'on obtient les plus beaux résultats. Dans les cas ulcérés, l'ulcération devient fongueuse, le bord s'affaisse et la cicatrisation se fait. Dans les formes non ulcérées il y a un ramollissement graduel de la bordure qui se met de niveau avec les parties voisines. Il faut une très longue période d'observation pour pouvoir affirmer la guérison. W. D.

Résultats du traitement du lupus et de l'ulcus rodens par la méthode de Finsen et les rayons Röntgen (Further remarks on Finsen's light and X-ray treatment in lupus and rodent ulcer), par M. MORRIS and E. DORE. *British medical Journal*, 31 mai 1902, p. 1324.

Tout en restant un des meilleurs traitements du lupus, la méthode de Finsen ne met pas à l'abri des rechutes; il faut donc surveiller les malades pour ne pas permettre à ces rechutes de se développer.

Le traitement de Finsen donne de meilleures cicatrices que les rayons de Röntgen. L'appareil de Finsen reste le meilleur, car la lampe de Lortet et Genoud ainsi que la lampe à électrodes métalliques ont une action moins pénétrante et ne conviennent qu'à des lésions superficielles.

Le traitement de Röntgen réussit mieux dans les lésions ulcérées, sur les muqueuses, surtout si les rayons sont dirigés directement sur les surfaces malades. Il a l'inconvénient de causer une réaction tardive et dont l'intensité est quelquefois difficile à prévoir. M. et D. font des expositions quotidiennes de 10 minutes.

Le traitement de Finsen ne permet de traiter que de petites surfaces, mais la réaction, qu'il faut toujours rechercher, est beaucoup plus régulière.

Dans l'ulcus rodens les meilleurs résultats sont obtenus par les rayons de Röntgen. Les ulcérations se cicatrisent assez vite. Le bourrelet marginal est plus difficile à guérir et il est bon d'adjoindre des curettages au traitement. W. D.

Contribution à l'étude de la pénétrabilité physiologique de l'épiderme par la lumière (Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht), par FREUND. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 3.

On a depuis longtemps rapporté l'origine de différents états pathologiques à l'action de la lumière du soleil. On rattachait tout particulièrement une série de maladies de la peau à cette cause et on croyait que l'influence plus ou moins prolongée de la lumière sur la peau avait une action décisive sur l'évolution de ces maladies. Hutchinson a décrit un prurigo d'été spécial ou éruption estivale localisée aux parties découvertes de la peau, Bazin l'hydroa vacciniforme, et Unna attribua le xeroderma pigmentosum à la lumière. On a également rattaché à la lumière du soleil les taches de rousseur, la pellagre, l'eczéma et l'érythème solaire (érythème glaciaire); l'érythème photo-électrique est attribué à l'influence de la lumière électrique (Charcot, Hammer, etc.). D'après les recherches expérimentales de Widmark, Hammer, Boules, etc., ce sont les rayons ultra-violets qui ont une influence sur les tissus vivants.

F. a cherché à se rendre compte expérimentalement si les rayons chimiques et ultra-violets pénètrent dans les couches profondes de la peau, et ont une action sur les éléments qui y sont contenus (vaisseaux capillaires, terminaisons nerveuses, chromatophores, etc.) et, en cas d'affirmative, à établir d'une manière aussi exacte que possible à quelle partie du spectre ultra-violet ressortit cette particularité.

Au lieu d'un prisme en verre, F. a employé une grille spectographe dans laquelle la lumière tombe par une fente sur un miroir creux muni de très nombreuses rayures parallèles, avec un grand rayon de courbure (grille concave). Le spectre d'inflexion obtenu avec cet appareil a sur le spectre de réfraction du prisme l'avantage d'être exempt d'influences d'absorption et de présenter une diffraction des rayons proportionnelle à la longueur des ondes.

On s'est servi pour ces expérimentations d'épiderme frais : bulles de brûlure, bulles de pemphigus vulgaire, lambeaux épidermiques de Thiersch, membrane interpalmaire de la grenouille in vivo.

De ces expériences, il résulte qu'une partie considérable des rayons ultra-violets, provenant de différentes sources de lumière, traverse l'épiderme et peut arriver aux couches profondes de la peau. La quantité de ces rayons lumineux correspond à peu près au tiers du spectre ultra-violet, qu'on connaît jusqu'à présent. Ces résultats sont naturellemeni modifiés par l'intensité de la source de la lumière, la durée de son action et l'épaisseur de la couche éclairée.

On ne sait pas encore si les rayons ultra-violets occasionnent les lésions de la peau mentionnées ci-dessus, s'il faut leur attribuer l'action curative de la photothérapie et si cette action dépend réellement de la propriété bactéricide ou d'une autre propriété de la lumière à ondes courtes. A. Doyon.

Séborrhée.

Remarques sur le microbacille de la séborrhée (Remarks upon the microbacillus of seborrhea, etc.), par J. Schamberg. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1902, p. 99.

S. a examiné chez une série d'individus quelconques la graisse qu'on peut faire exsuder du nez et dans 90 p. 100 des cas il a trouvé en abondance le microbacille de Unna-Sabouraud. Il discute ensuite le rôle que lui fait jouer Sabouraud dans les maladies les plus diverses. Puisque le microbacille se trouve chez tout le monde et qu'un petit nombre seulement présente l'une ou l'autre des maladies attribuées à ce microbe, il est probable que le microbacille est un simple commensal et que son rôle pathogénique est nul. W. D.

Sudoripares (affections des glandes).

Kyste sudoripare (A dilated sweat-duct with intracystic papillomata), par H. D. Rolleston. *British Journal of Dermatology*, mars 1902, p. 83.

Une femme de 22 ans portait depuis 5 ans une petite tumeur saillante au-devant de l'oreille gauche. Il y a 3 ans la tumeur fut coupée par une ligature, mais a récidivé aussitôt. Il s'est ainsi formé une tumeur de 10 ou 15 millimètres de large, un peu saillante, verruqueuse, couverte d'une

croûte, saignant facilement, dure, mobile sur les parties profondes. La tumeur excisée, on voit qu'elle contient une cavité du volume d'un pois, ouverte à la surface et creusée dans la partie superficielle du derme. La cavité est tapissée d'un revêtement d'épithélium cylindrique reposant sur une couche de cellules aplaties. De la paroi partent un grand nombre de saillies papillaires formées d'un axe fibreux ou myxomateux revêtu d'épithélium cylindrique. Au-dessous du kyste sont un grand nombre de glandes sudoripares dilatées. Il paraît s'agir ici d'une dilatation kystique d'un conduit sudoripare avec végétations de la paroi. W. D.

Thérapeutique.

De l'inefficacité thérapeutique des cacodylates (The relative inefficacy of cacodylates as therapeutic agents), par Thos. Fraser. *Scottish medical and surgical Journal*, mai 1902, p. 385.

Quelle que soit la dose de cacodylate qu'on administre, on n'a jamais de manifestations d'arsenicisme. Les phénomènes d'intolérance, quand il y en a, sont tout différents. L'analyse des urines ne montre pas la présence de l'arsenic quelle que soit la dose administrée, à moins qu'elles ne soient traitées par le procédé d'oxydation de Gautier qui dissocie la molécule cacodylique. Dans une série de maladies diverses, F. a expérimenté les cacodylates sans pouvoir se convaincre de leur efficacité thérapeutique, et dans quelques cas, après l'échec du cacodylate de soude, l'acide arsénieux a fourni des résultats satisfaisants et rapides. F. conclut que l'arsenic est enfermé dans la molécule cacodylique d'une façon indissoluble et qu'au point de vue thérapeutique comme au point de vue chimique les cacodylates diffèrent autant des arseniates et arsénites que les ferro-cyanures diffèrent des cyanures. W. D.

Tuberculides.

Histologie pathologique des tuberculides (Report on the histopathology of two cases of cutaneous tuberculides in one of which tubercle bacilli were found), par Macleod et Ormsby. *British Journal of Dermatology*, octobre 1901, p. 367.

Étude histologique sur deux cas provenant du service de Colcott Fox.

I. — Femme, 25 ans, assez bonne santé générale, mais pas très robuste, extrémités froides et cyanosées. Pas de tuberculose dans la famille. Depuis 5 ans est survenue une éruption acnéiforme occupant la partie inférieure des jambes, formée de nodules du volume d'un pois a celui d'une noisette. Il y avait en outre quelques placards d'infiltration massive de toute l'épaisseur du derme et dus probablement à la confluence des nodules ; quelques-uns de ceux-ci sont centrés par un follicule. Il n'y avait pas de pus, mais quelques lésions présentaient évidemment une nécrose centrale. Tous étaient d'une teinte bleuâtre ou violacée.

Un nodule excisé fut inoculé à un cobaye sans résultat. La recherche des bacilles a également été négative. Les lésions paraissent débuter par l'hypoderme. Les veines sont atteintes d'endophlébite et de périphlébite, il y a dans l'hypoderme une infiltration abondante de lymphocytes dissociant les pelotons adipeux. Dans le derme l'infiltration devient plus massive, elle

s'accompagne de nécrose au centre ; les fibres conjonctives et élastiques sont détruites ; en s'approchant de la surface du derme on trouve des follicules tuberculeux typiques, remarquables seulement par l'œdème qui les entoure et qui s'accompagne d'une destruction précoce et étendue du tissu conjonctif.

II. — Un enfant de 17 mois avec une hérédité tuberculeuse très chargée a du spina ventosa et des symptômes pulmonaires suspects. Il présente, disséminés çà et là sur les membres, des nodules durs, profonds, du volume d'un pois à une noisette, de teinte violacée, à évolution très lente; 4 nodules furent excisés.

Les veines de l'hypoderme sont atteintes de phlébite. Dans le derme l'infiltration devient plus dense, le tissu conjonctif et élastique est œdématié et dégénéré; on y trouve beaucoup de cellules géantes, dans une desquelles on a pu trouver deux bacilles.

En somme, le second cas était manifestement tuberculeux, mais dans le premier l'identité de l'aspect clinique et des lésions histologiques permet de conclure également à la tuberculose. W. D.

Tuberculose cutanée.

Tuberculose cutanée par inoculation de tuberculose bovine (A case of tuberculosis of the skin following accidental inoculation with the bovine tubercle bacillus), par M. Ravenel. *University of Pennsylvania medical Bulletin*, t. XIV, février 1902, p. 453.

Le Dr G. en faisant la nécropsie de deux vaches atteintes de tuberculose expérimentale, se fait une écorchure à la face palmaire du poignet. L'écorchure bien lavée guérit en quelques jours, mais un mois après il se forme sous la cicatrice un nodule rouge, dur, qui grandit rapidement et en quelques semaines atteint 15 millimètres de long sur 8 de large. Le nodule est excisé, une moitié fut inoculée à 2 cobayes qui eurent de la tuberculose généralisée ; l'autre moitié examinée au microscope montra la structure du tubercule et de nombreux bacilles. W. D.

Urticaire pigmentée.

Cas d'urticaire pigmentaire (Ein Fall von Urticaria pigmentosa), par W. Raab. *Festschrift zu Ehren von Moritz Kaposi*, Vienne, 1901.

Enfant de 9 mois, chez lequel l'affection actuelle existerait depuis la naissance sous forme de taches un peu rouges. La maladie de la peau consiste à présent en nombreux foyers pigmentaires, confluents en différentes régions, très compacts, de la dimension d'une lentille à celle d'un haricot, disséminés sur toute la surface cutanée, à l'exception du visage, des faces palmaire et dorsale des mains et de la plante des pieds. Sur tout le corps on constate une grande irritabilité vaso-motrice de la peau sous l'influence des irritants mécaniques et du froid. Une légère pression des vêtements ou une palpation un peu forte détermine une hyperhémie durant 5 à 10 minutes et même plus. Il existe en outre une urticaire factice au voisinage des foyers pigmentés, ainsi que sur les parties de la peau d'apparence normale. État général bon, sauf le prurit contre lequel on a prescrit avec un certain succès les bains de Vlemminkx.

A l'examen microscopique on a trouvé, outre la pigmentation de l'épiderme, presque exclusivement de petits amas de Mastzellen ou en plus petit nombre autour des vaisseaux. D'après R., les petits amas de Mastzellen sont occasionnés par une irritation congénitale, de nature inconnue, car on ne sait rien de positif sur l'origine de ces cellules à l'état normal et même dans l'inflammation. A. Doyon.

Vaccine.

Vaccine généralisée (Vaccinia generalisata with report of a case), par Heidingsfeld. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1902, p. 67.

Un enfant de 5 ans est vacciné le 10 avril et la vaccine évolue normalement. Le 1er mai apparaît sur les poignets et les cous-de-pied une éruption vésiculeuse qui peu à peu se développe en bulles du volume d'un pois à une noix, reposant sur une base rouge. Ces bulles se rompent au bout de quelques jours, forment une croûte et guérissent en laissant une macule rouge, mais pas de cicatrice. L'éruption s'est graduellement étendue à tout le corps, a persisté pendant trois mois, s'accompagnant de fièvre et d'émaciation. L'enfant a fini par guérir complètement. L'examen du sang a montré une notable leucocytose avec beaucoup de leucocytes polynucléés et peu d'éosinophiles.

H. admet que l'éruption est due non à une auto-inoculation vaccinale, mais à une infection généralisée; mais la forme bulleuse de l'éruption, sa longue durée, l'absence de cicatrices rapproche plutôt ce fait des cas d'impétigo post-vaccinal ou de pemphigus aigu post-vaccinal. Des inoculations à l'animal auraient seules pu prouver la nature vaccinale de cette éruption, et le cas de Jeanselme qu'il invoque ne prouve rien pour le cas actuel. W. D.

Vitiligo.

Vitiligo et tabes, par Ballet et Bauer. *Société de neurologie de Paris*, 6 février 1902. *Revue neurologique*, 15 février 1902, p. 155.

B. et B. présentent deux malades; l'un âgé de 62 ans, est atteint de tabes avéré et de vitiligo très étendu avec achromie occupant principalement le tronc, les cuisses et les jambes, et hyperchromie au cou, aux membres supérieurs, à la région ombilicale, aux organes génitaux et aux pieds. L'autre, âgé de 60 ans, est porteur de vitiligo avec mélanodermie presque généralisée et leucodermie des régions plantaire et palmaire; les symptômes tabétiques se réduisent à des douleurs lancées dans les membres inférieurs et surtout des douleurs constrictives aux talons et aux orteils, des douleurs en ceinture, l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, le myosis avec signe d'A. Robertson peu accusé. La syphilis manque chez ces deux malades.

P. Marie et Brissaud pensent qu'on ne peut considérer le deuxième malade comme un vrai tabétique; dans les cas de ce genre, on trouve bien des lésions légères des cordons postérieurs, mais elles ne sont pas progressives comme celles du tabes. G. T.

Xanthome.

Xanthome diabétique (Xanthoma diabeticorum), par ABRAHAM. *Dermatological Society of Great-Britain*, 23 octobre 1901. *British Journal of Dermatology*, décembre 1901, p. 469.

Une jeune femme de 32 ans a présenté les premiers symptômes du diabète depuis 14 mois et l'éruption a paru depuis 4 mois. Elle occupe maintenant les fesses, les genoux et les coudes du côté de l'extension et elle est formée de nodules saillants, durs, jaunes, ayant l'aspect de pustules d'acné. Quelque temps après, l'éruption s'est étendue au tronc en dépit du traitement par la codéine, le fer et la strychnine. L'urine, très abondante, contenait beaucoup de sucre. W. D.

Trois cas de xanthome diabétique (Sopra tre casi di xantoma glicosurico, considerazioni cliniche), par BOSELLINI. *Clinica medica*, 1900, nº 11.

I. — Homme de 55 ans; début des lésions cutanées il y a 6 mois par de petites taches jaunâtres sur les paupières supérieures et la région frontale, suivies bientôt de taches planes, maculeuses plutôt que néoplasiques, sur les épaules, le dos et enfin les bras et les mains, on trouve des saillies papuloïdes et nodulaires groupées ou isolées, de coloration jaune soufre et jaune rosé sur le cou, les épaules, le dos des mains et au-devant des genoux; les urines examinées à plusieurs reprises renferment du sucre; à la suite d'un traitement antidiabétique, l'éruption disparaît presque complètement et il ne reste que quelques saillies papuloïdes sur le cubitus, au genou et sur le dos.

II. — Homme de 45 ans; éruption ayant déjà disparu à la suite du traitement du diabète; réapparition, en quelques-uns des points primitivement atteints, de nodosités jaune soufre au jaune rosé, isolées ou réunies en groupes de formes variables; les urines renferment encore du sucre.

III. — Homme de 57 ans; éruption datant de 10 mois, constituée par des nodosités papuloïdes de couleur jaune rosée et assez consistantes, ayant débuté à la nuque, puis ayant envahi les régions scapulaires et cubitales, la région antéro-supérieure du thorax, la région lombo-sacrée, le côté de l'extension des avant-bras; glycosurie après les repas; au bout de quelques mois de traitement antidiabétique, la dermatose a notablement diminué.

B. fait remarquer que ses observations montrent que le xanthome diabétique peut se présenter à la fois sous la forme de lésions planes, papuloïdes et nodulaires diversement groupées ou occupant les paupières et d'autres parties du corps, de sorte que l'unité morbide soutenue pour le xanthome plan des paupières, pour le xanthome juvénile et celui des adultes peut s'appliquer également au xanthome diabétique, — que la couleur des éléments était jaune dans les lésions planes, jaune soufre et jaune rosé dans les lésions nodulaires, ce qui montre que ces différences de couleurs tiennent surtout au degré de développement du néoplasme, — qu'il n'existe aucun trouble fonctionnel local, — que le siège des éléments est indifféremment folliculaire ou extra-folliculaire, articulaire ou non, — que la glycosurie a été constatée chez les trois malades, chez l'un tardivement et d'une façon intermittente, de sorte qu'elle avait été méconnue à un

premier examen, — que dans la période pendant laquelle les malades ont été observés, il n'y a pas eu de troubles hépatiques, mais seulement chez un malade des troubles gastro-intestinaux et cardiaques. Il pense qu'il n'y a qu'un seul xanthome et qu'il n'y a pas de différences cliniques essentielles fixes appartenant plutôt à un xanthome avec glycosurie qu'à un xanthome avec ictère. G. T.

Xeroderma pigmentosum.

Sur la présence des tumeurs dans le xeroderma pigmentosum (Kaposi). Contribution à la connaissance du cancer médullaire de la peau (Ueber Geschwülste bei Xeroderma pigmentosum Kaposi, als Beitrag zur Kenntniss des Medularkrebses der Haut), par K. Kreibich. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVII, p. 123.

K. a observé trois cas de xeroderma pigmentosum ; dans un de ces cas on enleva avec la curette 15 à 20 tumeurs du visage et 2 de la langue. D'après leur structure histologique la plupart de ces tumeurs étaient des carcinomes d'une bénignité relative. Les tumeurs du xeroderma pigmentosum ressemblent cliniquement aux épithéliomes plans de la peau. Ces deux affections se distinguent de la plupart des autres variétés de carcinomes par l'absence de métastases et par leur faible propagation en profondeur. Comme dans l'ulcus rodens, on voit aussi dans le xeroderma-carcinome les cellules épithéliales se modifier ou se transformer en cellules de tumeur. Ces cellules deviennent fusiformes, leur protoplama est très peu abondant, leur noyau allongé se colore d'une façon intense. On trouve également ici la séparation tranchée des feuillets blastodermiques, les lobules de la tumeur séparés par des lacunes du stroma ou limités extérieurement par des cellules cylindriques distinctes disposées en forme de palissades. Les mêmes caractères cliniques correspondent aux mêmes lésions histologiques. Des recherches ultérieures sur le cancer plan de la peau et des productions verruqueuses ont montré que ce n'est pas le cancroïde (cancer corné) qui est le cancer de la peau typique et le plus fréquent, mais bien l'épithéliome décrit ci-dessus dans lequel la cellule épithéliale devenue cellule de tumeur ne se kératinise pas dans son processus de régression mais se nécrose. En d'autres termes, le cancer plan de la peau est dans la plupart des cas un carcinome médullaire. Le mot médullaire s'applique ici, dans le sens d'Hansemann, à la nature du parenchyme cancéreux.

Ce cancer médullaire et le cancroïde sont les deux formes histologiques typiques sous lesquelles apparaît l'épithéliome plan. Ce ne sont que des recherches ultérieures qui apprendront s'il faut ranger tous les cancers plans de la peau dans ces deux variétés, ou si ces deux types ne sont que les derniers degrés d'une série de transformations. K. croit qu'il serait préférable de diviser les carcinomes de la peau d'après leur histogénie épithéliale, et non d'utiliser comme base de classification l'influence du stroma sur la prolifération épithéliale.

L'influence du stroma est certainement aussi d'une grande importance pour la forme médullaire; car, précisément l'état du stroma est la raison pour laquelle ce carcinome ne se développe pas rapidement, comme les

cancers mous des organes parenchymateux; d'autre part, il provoque quelques variantes du type ci-dessus.

Les cancers « simplement cylindriques », regardés par Unna comme rares, représentent purement le type médullaire décrit ci-dessus. Tandis que lorsque le stroma est lâche, les lobules de la tumeur atteignent un volume appréciable, le contraire se produit, si un manteau très épais de stroma fibreux comprime ces lobules. Les cellules molles sont réduites à l'état de cellules fusiformes minces, de même les lobules prennent des formes allongées, analogues à des étoiles de mer et à angles aigus.

L'influence du stroma est beaucoup plus importante sur les tumeurs du xeroderma pigmentosum. Ici aussi, la forme des tumeurs paraît dépendre de la nature du stroma, laquelle serait, d'après K., une conséquence des modifications de la circulation de la peau du xeroderma.

K. conseille de traiter de préférence par l'énucléation et la cautérisation les épithéliomes qui, en raison de leur grosseur et de leur localisation, exigeraient consécutivement une autoplastie pédiculée étendue, sous la réserve expresse qu'il s'agit d'épithéliomes plans. A. Doyon.

Zona.

Rapports entre le zona et les inflammations des séreuses (Herpes zoster and its relation to internal inflammations and diseases especially of the serous membranes), par R. Curtin. *American Journal of the medical sciences*, février 1902, p. 264.

C. rapporte 10 observations de coïncidence de zona avec des inflammations viscérales et notamment des séreuses.

I. F., 60 ans, pleurésie avec épanchement, zona intercostal. — II. H., 42 ans, alcoolique, pleurésie sèche à droite il y a 2 ans; zona intercostal droit. — III. Pleurésie sèche et zona au même niveau. — IV. F., 60 ans. Mal de Bright ; pleurésie sèche à droite; zona intercostal droit. — V. Tuberculose pulmonaire, pleurésie sèche, zona intercostal. — VI. F., 38 ans, péritonite localisée au cours de la grossesse; zona abdominal. — VII. Appendicite catarrhale, une semaine après, zona abdominal droit. — VIII. Arthrite rhumatismale avec épanchement du genou droit; zona du membre inférieur droit. — IX. Grippe, méningite, pleuro-pneumonie droite; zona thoraco-abdominal droit. — X. Hématurie suivie de zona à deux reprises différentes. W. D.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilides.

Syphilide pigmentaire du cou et de la poitrine avec persistance des éléments maculo-papuleux au centre des espaces décolorés, par Balzer et Barcet. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, juin 1901.

B. et B. présentent une femme de 26 ans, atteinte de syphilide papuleuse généralisée et de phthiriase et portant sur le cou une syphilide pigmentaire réticulée très nette; sur un grand nombre des espaces achromiques, on voit une macule brunâtre ou rosée, parfois légèrement saillante, vestige évident d'un élément papuleux en voie de régression; aux limites de la pigmentation, on voit encore des taches brunes, isolées, séparées par des intervalles de peau saine, également stigmates de papules, et dont quelques-unes sont dépigmentées à leur centre d'une manière très accusée, mais cette dépigmentation est consécutive aux érosions croûteuses provoquées par la phthiriase; aux aines, à la face, au front, pigmentation légèrement brunâtre, à mailles moins nettes, entourant les macules post-papuleuses; alopécie en clairières très prononcée du cuir chevelu.

Ce fait, comme le font remarquer B. et B., montre que la leucodermie est la conséquence de l'évolution d'éléments éruptifs; quant à la mélanodermie, si son développement semble être toujours une conséquence du processus éruptif, elle n'est pas fatalement liée à l'évolution des papules ou des macules de la période secondaire et ses conditions pathogéniques restent jusqu'à présent d'une grande obscurité. G. T.

Syphilide tertiaire linéaire, par Heller. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 7 mai 1901.

H. présente un malade atteint de syphilide tertiaire linéaire qui s'étend sur les deux côtés en suivant la direction des côtes jusqu'à la ligne axillaire et se termine sur la ligne médiane. A un examen superficiel, on aurait pu croire à un herpès zoster. Il existe des lésions tertiaires typiques au visage et une atrophie lisse de la base de la langue. Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est l'état nerveux. Il y a une immobilité des pupilles et une paralysie de l'abducteur du côté droit avec diplopie ; nombreuses paresthésies. Sur le thorax, diminution de la sensibibilité; les réflexes rotuliens sont différents suivant les jours. Comme le malade est grand buveur, l'interprétation est difficile, toutefois la diplopie existe aussi les jours où il n'a pas pris d'alcool. H. suppose qu'il s'agit d'une maladie spécifique des ganglions spinaux qui a déterminé des troubles trophiques dans le territoire dépendant de ces ganglions. Les efflorescences syphilitiques se sont ensuite localisées au point de moindre résistance. Il faut encore remarquer l'absence absolue de douleurs.

Blaschko regarde l'explication de Heller comme très plausible pour l'origine de cette espèce de syphilides zoniformes. Mais on peut supposer

qu'il y a eu d'abord un zoster double et que, plus tard, il s'est développé une syphilide en ce point. La différence n'est pas grande entre ces deux hypothèses, puisque, dans un cas, la lésion syphilitique des ganglions aurait provoqué un trouble trophique de la peau, tel qu'une syphilide pouvait s'y développer, alors que dans l'autre cas un zoster typique aurait précédé la lésion syphilitique.

Lesser remarque que la bilatéralité de la lésion est peu en faveur de l'hypothèse d'un zona. Avec une syphilide zostériforme unilatérale cette hypothèse est beaucoup plus vraisemblable. Le zoster double est très rare, abstraction faite du zoster facial.

Blaschko a pu dans ces derniers temps réunir 60 cas de zoster double, en dehors du zoster facial. Il faut distinguer un zoster idiopathique et un zoster symptomatique. Dans le zona infectieux idiopathique, un ganglion spinal est atteint par le virus et par suite le reste du système nerveux est immunisé. Or il y a une série d'autres lésions qui peuvent déterminer l'inflammation d'un ganglion spinal, telles que le carcinome, la carie des côtes, l'arsenic. Dans ces cas, il peut se produire un zoster double. Il s'agit très probablement d'une méningite des racines spinales comme on en rencontre souvent chez les syphilitiques.

Pinkus pense qu'il n'y a peut-être là qu'un simple hasard, puisque, contrairement à ce qu'on observe habituellement, la lésion est située plus haut en avant qu'en arrière. A. Doyon.

Syphilis articulaire.

Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce, par F. de Grandmaison et L. Boidin. *Archives générales de médecine*, janvier 1902, p. 58.

Homme de 26 ans, menuisier, n'ayant jamais eu de blennorrhagie; en juin 1901, chancre syphilitique du gland qui dure quinze jours; trois semaines après, en même temps que paraît la roséole, tuméfaction du genou gauche (lequel fatigue beaucoup pendant le travail) qui n'est douloureux que quand le malade se fatigue. On fait un traitement mercuriel et on applique un vésicatoire en fer à cheval sur le genou malade qui en huit jours reprend son aspect normal. Malgré la continuation du traitement mercuriel, mais après des marches un peu prolongées, réapparition de l'hydarthrose du genou gauche; le liquide articulaire examiné après ponction renferme 70 p. 100 de leucocytes se décomposant ainsi: lymphocytes 73 p. 100, mononucléaires 11 p. 100, polynucléaires 16 p. 100; l'injection de ce liquide dans le péritoine du cobaye ne provoque aucune lésion; en cinq jours, l'hydarthrose a disparu pour ne plus se reproduire, même après la marche. G. T.

Syphilis des artères.

Syphilis aortique; dilatation du vaisseau, rupture valvulaire probable, par Launois et Camus. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 mai 1901.

L. et C. présentent un homme de 34 ans, qui a contracté la syphilis à l'âge de 23 ans, et qui est atteint de dilatation très marquée de l'aorte avec soulèvements des vaisseaux de la base du cou, battements et frémissement

cataire au niveau du troisième espace intercostal droit, augmentation considérable de volume du cœur, bruit musical diastolique perceptible à distance. G. T.

Syphilis du système nerveux.

Un cas de syndrome de Weber d'origine syphilitique, suivi d'autopsie, par A. Thomas. *Société de neurologie de Paris*, 18 avril 1901.

T. rapporte l'observation d'une femme, qui, ayant contracté la syphilis à 27 ans, fut prise à l'âge de 45 ans de paralysie radiculaire du plexus brachial, suivie d'atrophie marquée des muscles de la main et, 4 mois plus tard, de céphalée, et de douleurs dans le côté gauche de la face, de diplopie, d'amaurose de l'œil gauche et de ptosis de la paupière supérieure; au bout de quelques jours, hémiplégie droite des membres et du facial inférieur, et, 2 mois plus tard, paralysie incomplète et passagère de la 3e paire droite.

A l'autopsie, le nerf optique gauche et le tronc du moteur oculaire commun du même côté étaient engainés chacun dans une gaine blanche nacrée qui les accompagnait jusqu'à leur pénétration dans l'orbite; la dure-mère était épaissie au point de pénétration de la 8e racine cervicale et de la 7e racine dorsale, par une infiltration gommeuse ayant détruit partiellement ces racines. Sur des coupes sériées des centres nerveux, on trouva une infiltration gommeuse du pédoncule cérébral et de la capsule interne, ainsi que des parties voisines, beaucoup plus marquée du côté gauche que du côté droit, et ayant entraîné une dégénérescence secondaire des faisceaux de la moelle; on trouva également quelques petits foyers gommeux dans le noyau rouge, dans le trajet de la voie pyramidale dans la protubérance, sur la bandelette optique. G. T.

Remarques sur les lésions méningées de la paralysie générale, du tabes et de la myélite syphilitique, à propos de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans ces affections, par Nageotte. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 janvier 1901.

N. fait observer que la lymphocytose constatée dans le liquide céphalo-rachidien chez les sujets atteints de paralysie générale ou de tabes vient à l'appui de ses recherches sur les lésions méningées rachidiennes dans ces affections et en montre la fréquence ou mieux la constance; ces lésions, qui sont analogues à celles de la myélite syphilitique, la lymphocytose qui s'observe avec le même caractère dans cette dernière montrent bien l'affinité anatomique qui relie les trois grands syndromes de la syphilis nerveuse diffuse. G. T.

Griffe pied creux par atrophie des interosseux et des muscles qui s'insèrent aux os sésamoïdes des gros orteils chez un malade atteint de méningo-myélite syphilitique, par G. Lion. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 février 1901.

L. présente un homme de 43 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de 24 ans, qui fut pris, à l'âge de 32 ans, d'une hémiplégie totale gauche, à début brusque, guérie par le traitement mixte, et, à l'âge de 38 ans, de douleurs

lombaires et en ceinture, d'un certain degré d'incertitude de la marche et, 6 semaines plus tard, de phénomènes spasmodiques des membres inférieurs ; malgré des traitements spécifiques fréquemment répétés, il se développa une déformation des pieds, des troubles trophiques des ongles et une incontinence d'urine qui dura 18 mois ; actuellement, ce qui domine c'est une griffe pied creux bilatérale avec équinisme et léger varus ; il y a en plus quelques phénomènes ataxiques,et des accès de trémulations spastiques, un peu de rigidité habituelle des muscles de la cuisse, mais la marche n'est pas spasmodique et la déformation du pied est due à l'atrophie musculaire. G. T.

Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien, par SCHACHMANN. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 18 octobre 1901, p. 1074.

S., ayant constaté l'action particulièrement prononcée des injections mercurielles sur les éléments syphilitiques situés au voisinage du foyer de l'injection, a pensé que le mercure agirait plus activement sur les lésions médullaires de la syphilis si on l'injectait dans le canal rachidien. Il a fait, à quatre malades atteints de myélite syphilitique, des injections de 1 centimètre cube de solution de benzoate de mercure au 100e ; chez un de ces malades, dont il rapporte l'observation, les 5 premières injections ont été suivies d'une légère élévation de température, d'état saburral, d'insomnie et d'agitation, et à la suite des injections suivantes il ne resta plus qu'une légère diminution de la quantité d'urine qui redevint normale au bout de quelques jours ; à la 19e injection la paralysie des membres inférieurs avait disparu, il ne restait qu'un très léger degré de trépidation, et le réflexe patellaire était beaucoup moins exagéré.

S. recommande cette méthode, comme n'exposant à aucun accident fâcheux et ayant une action favorable très rapide.

BALLET fait des réserves formelles sur cette méthode thérapeutique, sur son innocuité et son efficacité réelle. G. T.

De la rareté des accidents nerveux chez les Arabes syphilitiques, par SCHERB (d'Alger). *Société de neurologie de Paris*, 6 juin 1901.

S., à côté de nombreux cas de tertiarisme des centres nerveux chez des Européens et des cas encore plus nombreux de tertiarisme cutané ou osseux chez des Arabes, n'a relevé que 4 cas de déterminations spécifiques sur les centres nerveux chez les Arabes (syndrome simulant la paralysie alterne, artérite syphilitique cérébrale, méningo-myélite, paralysie du moteur oculaire commun).

Il pense que la rareté des accidents syphilitiques et l'absence des accidents parasyphilitiques tient à ce que la syphilis est d'importation récente en Algérie, de sorte que les indigènes y font du tertiarisme grave, étendu, frappant rapidement les os et les téguments, ces derniers en raison de la malpropreté, tandis que ce peuple essentiellement paresseux surmène peu ses centres nerveux ; d'autre part, le tabes et la paralysie générale peuvent être plutôt le résultat d'une lente et sûre diffusion héréditaire qui fait défaut chez les Arabes, alors que plus tard la civilisation et l'alcoolisme les prépareront aux manifestations parasyphilitiques. G.T.

Pseudo-myxœdème syphilitique.

Pseudo-myxœdème syphilitique précoce, par Faisans et Audistère. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 10 mai 1901, p. 449.

Jeune fille de 15 ans et demi, ayant commencé, quelques jours après le début d'une blennorrhagie et d'une syphilis, à enfler des jambes et de la ceinture. Au bout de quinze jours environ, la face était bouffie, en pleine lune, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient à peu près partout le siège d'une infiltration résistante, presque élastique, ne se laissant pas déprimer en godet et plus ou moins marquée suivant les régions, surtout prononcée aux membres inférieurs, aux avant-bras et aux mains, plaques rouge vif au niveau des pommettes et des joues, mains uniformément violacées, cyanose des avant-bras et des jambes, teinte cireuse de l'abdomen et des seins. Pas de modification du volume du corps thyroïde. Amélioration très notable par le traitement thyroïdien. F. et A. ne croient pas qu'il s'agisse de myxœdème vrai, pour les raisons suivantes : inégalité de l'infiltration hypodermique suivant les régions, présence de bourrelets très prononcés au-dessous des interlignes tibio-tarsiens et radio-carpiens, douleur provoquée par la pression sur les parties infiltrées et surtout absence de troubles psychiques. G. T.

Hérédo-syphilis.

Méningite aiguë à pneumocoque chez une hérédo-syphilitique de six semaines, par L. Guinon. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 14 juin 1901.

G. rapporte l'observation d'une enfant de six semaines, portant des lésions papuleuses, jambonnées, disséminées sur tout le corps, principalement sur le bas du tronc, les cuisses, les jambes, les fesses, la face, manifestement syphilitiques, et atteinte de méningite se traduisant par des convulsions ayant débuté au membre supérieur gauche, puis généralisées. En raison des lésions cutanées, on pense à une méningite syphilitique ; mais la ponction lombaire donne un liquide trouble à reflets jaune verdâtre, à sédiment épais, renfermant presque exclusivement des polynucléaires. A l'autopsie, les lésions sont microscopiquement celles de la méningite à pneumocoques et on trouve des pneumocoques à l'état de pureté par l'examen microscopique et les cultures.

G. tire de ce fait la conclusion que tout accident méningitique chez un syphilitique n'est pas nécessairement spécifique. G. T.

Prophylaxie des maladies vénériennes.

Les maladies vénériennes à New-York (Venereal disease in New-York), par Morrow. *Medical News*, 4 déc. 1901, p. 961.

La Société de médecine de New-York avait nommé une commission pour étudier la fréquence des maladies vénériennes à New-York et les moyens prophylactiques à leur opposer.

D'après les évaluations très approximatives qu'il est possible de faire, on soigne tous les ans environ 225000 cas de maladies vénériennes à New-York. Les recherches sur la morbidité et la mortalité sont rendues très difficiles parce que beaucoup d'hôpitaux n'avouent pas les maladies vénériennes et les étiquettent des noms les plus variés.

La commission avait envoyé un questionnaire à tous les médecins de New-York; le rapport analyse et critique les mesures recommandées.

La réglementation telle qu'elle est appliquée en France et dans plusieurs pays d'Europe paraît impraticable en Amérique et son efficacité est discutable, parce qu'on atteint tout au plus 10 p. 100 des femmes qui vivent de la prostitution et que l'examen médical ne peut pas être fait d'une façon réellement sérieuse.

Le cantonnement des prostituées dans certains quartiers, recommandé dans 203 réponses, est presque impossible à imposer. Il a du reste une tendance naturelle à se produire de lui-même et par la force des choses.

Quelques-uns recommandent l'application à la syphilis des règles admises pour les autres maladies contagieuses, notamment la déclaration. Elle n'est pas possible telle quelle et actuellement, mais il y aurait lieu, au moins pour les hôpitaux, de faire quelque chose dans ce sens, ce qui habituerait à considérer la syphilis comme une maladie comme une autre et non comme un crime.

Imposer des dommages-intérêts à ceux qui ont transmis la syphilis est une mesure juste, mais il est souvent bien difficile dans la pratique d'établir les responsabilités. Il y a cependant quelque chose à faire dans ce sens et cette question mérite d'occuper le législateur. Des mesures de cette nature devraient surtout être envisagées en ce qui concerne l'excitation des mineurs à la débauche et le proxénétisme.

L'éducation est enfin un moyen de prophylaxie des plus importants. Il faut enseigner aux jeunes gens les avantages de la continence, les dangers qu'ils courent en ne l'observant pas. Accessoirement, il faut accoutumer le public à ne pas ignorer l'existence des maladies vénériennes et sévir contre les annonces des charlatans. W. D.

Bubon chancreux.

Nouvelles expériences sur le traitement des bubons par les injections d'une solution physiologique de chlorure de sodium. (Weitere Erfahrungen über die Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlosung), par L. Waelsch. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 53.

W. a employé ce mode de traitement dans tous les cas de bubons véné-

riens (104) correspondant à des chancres mous qui s'indurent ultérieurement. De ce nombre il faut en éliminer 19 qui se sont ouverts avant l'entrée des malades à la clinique ou dans les vingt-quatre premières heures de leur admission. Sur ces 85 cas, 53, soit 62,3 p. 100, guérirent, en moyenne, en 15,6 jours. Chez les 32 autres malades, les injections échouèrent et il fut nécessaire de recourir à l'opération.

W. croit que l'injection d'une solution physiologique de chlorure de sodium constitue une méthode qui, dans tous les cas, mérite d'être expérimentée dans les bubons récents dont la suppuration n'est pas encore avancée. Quoique Adrian objecte que l'injection de substances antiseptiques n'a pas de valeur, il n'en est pas moins démontré que le résultat dépend moins du liquide injecté, mais bien plutôt de ce que l'injection est faite après l'aspiration préalable du pus du bubon. W. voudrait conclure qu'il est impossible que tous les bubons, sans exception, renferment les microorganismes du chancre mou ; s'il en était ainsi l'extirpation des ganglions malades seule pourrait donner de bons résultats. A. Doyon.

Chancre simple.

Recherches expérimentales sur la désinfection des plaies qui ont été infectées avec du pus de chancre simple (Experimente über die Desinfection von Wunden, welche mit Eiter von Ulcus molle inficir wurden), par S. Giovannini. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 33.

Vingt et une plaies, après avoir été infectées avec du pus d'ulcères vénériens, furent abandonnées à elles-mêmes, car elles devaient servir de contrôle, et bien que la plupart n'eussent été contaminées qu'avec une minime quantité de pus, toutes étaient déjà le 4e ou le 5e jour transformées en ulcères vénériens caractéristiques. D'autre part, 85 plaies, après contamination avec du pus de chancre simple, furent soumises à des essais de désinfection par des substances chimiques ; sur ce nombre, 34 — c'est-à-dire 40 p. 100 — ne devinrent pas chancreuses. Il en résulte donc qu'il est possible de désinfecter une plaie contagionnée par du pus chancreux.

Le résultat est plus ou moins rapide ou complètement négatif, suivant que la désinfection a lieu plus ou moins longtemps après l'infection. Il dépend aussi de la nature de l'agent chimique et de son mode d'application.

G. a constaté qu'on peut empêcher la transformation chancreuse des plaies infectées par les lavages avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100 ou de permanganate de potasse à 1 p. 100, quand on le fait pendant cinq minutes à la température de la chambre, dix minutes après l'infection, ou encore par le savonnage, avec du savon ordinaire et de l'eau à la température de la chambre, employé dix à quinze minutes après l'infection, continué pendant dix à quinze minutes.

On peut encore avoir recours à des savonnages avec du savon ordinaire ou avec du savon au sublimé à 1 p. 100 et de l'eau chaude de 37 à 39° C., si on les fait dix, quinze, trente minutes après l'infection et pendant dix à quinze minutes.

Quelles que soient les applications, la friction mécanique joue un rôle tout à fait essentiel en ce qui concerne le résultat; elle favorise essentiellement l'action des agents chimiques. A. Doyon.

Bactériologie du smegma.

Contenu bactérien du smegma et pouvoir bactéricide de la muqueuse préputiale (Sul contenuto batterico del smegma e sul potere battericida della mucosa prepuziale), par O. Cao. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 4, p. 410.

Le smegma de dix sujets n'ayant pris depuis quelques jours aucun soin de propreté, cultivé sur agar et sur gélatine et inoculé aux cobayes et aux lapins, a permis d'y constater le staphylocoque doré, quatre fois; le staphylocoque blanc, sept fois; le bacterium coli, six fois; le pseudotyphique, trois fois; le staphylococcus citreus, deux fois; le bacillus subtilis huit fois; le bacterium radiciforme, trois fois; le bacterium megatherium, deux fois; la sarcine blanche, huit fois; la sarcine jaune, cinq fois; la sarcine orangée, deux fois; le coccus blanc, quatre fois; le coccus jaune, trois fois; un microcoque non identifié, une fois; le bacillus fluorescens liquefaciens, une fois; le bacillus fluorescens non liquefaciens, deux fois; le bacillus mucosus, une fois; le bacille pseudodiphthérique, une fois; le bacillus prodigiosus, deux fois; le bacille chromogène, une fois; un bacille chromogène non identifié, une fois; le ferment blanc, deux fois; le ferment rosé, une fois; le proteus vulgaris, deux fois; un oïdium non identifié, une fois.

Il est certain que ces germes proviennent de l'air. Lorsqu'on mélange in vitro des germes pathogènes au smegma, ils perdent au bout de quelques jours leur pouvoir pathogène : leur vitalité s'y éteint, moins parce que le smegma a un pouvoir microbicide ou par suite d'une véritable concurrence vitale que par suite de l'épuisement du milieu nutritif, quelquefois aussi par suite de la putréfaction de ce milieu sous l'influence des saprogènes vulgaires. Sur le vivant, la muqueuse préputiale a un pouvoir atténuant et microbicide élevé, lié uniquement au pouvoir de protection et à l'activité vitale de ses épithéliums : les recherches de C. ont porté sur le bacille rouge, le bacille violet, le pyocyanique, le bacille du charbon, le vibrion du choléra, le diplocoque lancéolé, qui, déposés sur le prépuce, perdent tous leur vitalité au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures et ne peuvent plus ni être cultivés ni être inoculés aux animaux; ces mêmes microbes, cultivés in vitro sur smegma, perdent leur virulence en quatre à dix-huit jours. G. T.

Induration du corps caverneux.

Induration du corps caverneux, par Kaposi. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 22 mai 1901.

K. présente un homme atteint d'induration du corps caverneux depuis la racine du pénis jusqu'au gland. On observe souvent ces lésions dans la syphilis; cependant ici, quoique le malade soit syphilitique, il n'est pas certain que cette lésion soit d'origine spécifique. Outre les cavernites de nature syphilitique, il y a aussi d'autres processus inflam-

matoires, surtout à un certain âge, qui produisent des lésions analogues et envahissent non seulement le corps caverneux, mais aussi la tunique albuginée. Cette maladie constitue un obstacle à l'érection et, par suite de l'incurvation irrégulière, souvent vicieuse du pénis, rend impuissant.

NEUMANN croit que cette affection provient souvent d'irritations externes, notamment de balano-posthite. L'induration ne reste pas toujours fibreuse, mais entraîne le dépot d'un tissu d'une dureté osseuse. Dans la syphilis les infiltrats sont plus circonscrits, occupent le plus souvent un seul corps caverneux, et cèdent en général à un traitement spécifique. Quand l'albuginée est atteinte, il reste toujours des altérations après la disparition cicatricielle de la gomme.

MRACEK partage l'opinion de Neumann; dans cette altération du tissu conjonctif, il s'agit non d'une ossification proprement dite, mais uniquement de dépôts calcaires comme on les observe dans d'autres exsudats plastiques, pleurésie, etc.

KAPOSI a trouvé souvent chez des individus jeunes deux à trois nodosités semblables qui duraient depuis plusieurs années. Bon nombre de ces nodosités surviennent par suite de traumatismes, par hémorragie ou thrombose des veines à la suite d'un coït forcé.

FINGER cite un cas dans lequel la nodosité ne présentait pas cette consistance dure, et se résorba aussi lentement. Il n'a vu, par contre, la régression d'une nodosité fibreuse que chez un homme atteint de diathèse urique caractérisée ; il fut guéri par une cure à Carlsbad.

HOROVITZ propose pour ces cas la division suivante : nodosités inflammatoires (consécutives à la balanite et à la blennorrhagie), syphilitiques, traumatiques et séniles. Celles d'origine traumatique présentent le meilleur pronostic, si le traumatisme n'a pas été trop fort ou s'il ne survient pas d'infection et de nécrose purulente avec cicatrice. L'infiltrat d'origine syphilitique peut aussi disparaître complètement. Toutefois après une gomme ulcérée et après un ulcère gangreneux il ne se fait qu'une guérison partielle par suite de la formation d'une cicatrice. Ce n'est que chez les personnes âgées, atteintes de nodosités dures sans cause apparente, que cette affection résiste à tous les traitements : massage, enveloppements chauds, électricité, iodure de potassium, etc. A. DOYON.

REVUE DES CONGRÈS

LA IIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Bruxelles, 1-6 septembre 1902.

Après avoir assisté aux séances de la IIe Conférence pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, j'éprouve quelque embarras à en rendre compte.

En effet, avec l'effort considérable qui a été fait pour organiser la Conférence, avec le labeur écrasant qu'a assumé le Comité permanent et en particulier son secrétaire général, notre savant et sympathique collègue le Dr Dubois-Havenith, avec la somme de travail dont témoignent la plupart des rapports présentés à la Conférence, tous étaient en droit d'espérer que les discussions aboutiraient à d'importantes conclusions pratiques. Comme il a été loin d'en être ainsi, je crains que mes appréciations sur les résultats de la Conférence ne me fassent paraître injuste envers les organisateurs et les rapporteurs.

Cependant, après avoir rendu ce juste et légitime hommage à ceux qui y ont droit, je ne puis me dispenser de montrer rapidement ce qu'a été cette IIe Conférence et en quoi elle a différé de la Ire, réunie à Bruxelles en 1899.

Convoquée, comme la Ire, sous le haut patronage du gouvernement belge, organisée par le Comité permanent de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale qui avait été constituée à la suite de la Ire Conférence, composée de membres de cette Société et de délégués des gouvernements et des administrations publiques, présidée par M. le ministre d'État Lejeune qui avait également accepté la lourde charge de président de la Conférence de 1899, la IIe Conférence comprenait des éléments semblables à ceux qui constituaient la Conférence de 1899, à savoir des médecins, syphiligraphes ou hygiénistes, des jurisconsultes, des administrateurs, des représentants des sociétés qui se proposent d'obtenir l'abolition de la réglementation de la prostitution, des moralistes, voire même des politiciens. Ces éléments, de compétence spéciale très variable, se retrouvaient à peu près dans les mêmes proportions qu'à la Conférence de 1899, avec une légère augmentation de l'élément moraliste et politicien.

Les rapports préliminaires à la Conférence de 1899 constituaient deux gros volumes composés d'études générales sur les dangers sociaux des maladies vénériennes, sur les moyens propres à en assurer la prophylaxie et d'enquêtes faites dans les divers pays sur la fréquence des maladies vénériennes et la législation les concernant. Ils formaient un dossier très important à consulter sur toutes les questions concernant les rapports du corps social et des maladies vénériennes.

Le Comité permanent ne pouvait faire reprendre l'étude de ces diverses questions : elle n'aurait pas mis au jour de nouveaux documents.

Prenant pour point de départ les résolutions de la Conférence de 1899, il avait mis à l'étude les questions relatives à la réglementation de la prostitution, à la prophylaxie de la syphilis en dehors de la prostitution, à la prophylaxie individuelle et à la statistique internationale de la syphilis.

Préparées par les rapports dont nous donnons plus loin le résumé, les discussions ont été, sur la plupart des questions, confuses et sans profit. Sur la question de la réglementation de la prostitution, partisans et adversaires de la réglementation ont reproduit, sans variante appréciable, les arguments déjà mis en avant en 1899, aucun fait nouveau ne s'est révélé ; comme en 1899, les abolitionnistes ont combattu avec ardeur, ils ont pu en imposer par leurs attaques et quelques-uns par leur intempérance de langage, à des auditeurs trop disposés à se laisser prendre à des démonstrations énergiques ; les réglementaristes, quelque peu désabusés de ces luttes inutiles, sont peu intervenus dans le débat ; mais, en réalité, la situation respective des partisans des deux opinions est restée la même qu'en 1899 ; comme à la première Conférence, les médecins les plus compétents en matière de prostitution, les médecins des hôpitaux de vénériennes en particulier, étaient presque sans exception dans la majorité réglementariste.

Sur les autres questions la discussion a été presque aussi confuse, aussi peu concluante ; des déclamations sonores, des écarts de langage et parfois des propositions exorbitantes et mal étudiées les ont seules fait sortir des lieux communs depuis longtemps connus.

La discussion relative à la responsabilité civile et pénale en matière de transmission de la syphilis a donné lieu, comme les autres, à des propositions extravagantes ; elle a été, cependant, la plus instructive pour les médecins ; l'exposé très précis de l'état actuel de la législation, fait par d'éminents légistes belges, surtout le discours plein de bonhomie et de bon sens, dans lequel l'un d'eux, M. van Meenen, a montré comment la loi commune s'appliquait ou pouvait s'appliquer au délit et au dommage de transmission de la syphilis, ont excité un très vif intérêt.

De semblables discussions ne pouvaient guère aboutir à des conclusions fermes de quelque importance, étant donné surtout le principe admis en 1899 que les propositions votées à l'unanimité seraient seules considérées comme adoptées par la Conférence. Un petit nombre seulement des résolutions déposées ont pu être votées dans ces conditions, et, précisément parce qu'elles ont pu recueillir l'unanimité, sont d'une réelle banalité. Les vœux qui n'avaient pas réuni l'unanimité des voix ont été déposés au secrétariat ; les membres de la Conférence étaient invités à émettre sur chacun d'eux leur opinion favorable ou défavorable ; il a été décidé que le compte rendu de la Conférence ferait connaître, à la suite de chaque vœu, les noms des membres ayant signé « pour » ou « contre » lui. Les confusions qui se sont produites dans l'expression des opinions, les modifications apportées après coup à la rédaction des vœux jetteront quelque obscurité dans les résultats de ce vote.

Après avoir voté les statuts définititifs de la Société internationale de prophylaxie, la II[e] Conférence s'est séparée, sans fixer la date ni le lieu de la Conférence suivante et en laissant au Comité permanent le soin de la convoquer.

Cette décision, à n'en pas douter, a été dictée à la plupart de ses membres par le sentiment bien net que la IIe Conférence n'avait pas répondu aux espérances fondées sur le succès de la Ire. Avant de décider la réunion d'une IIIe Conférence, il convenait de se demander si cette IIIe Conférence devrait avoir lieu, si elle répondait à un besoin, si elle pouvait prendre des décisions utiles, et si, surtout, il convenait d'en hâter la convocation et d'en fixer dès maintenant la date.

Ces divers points méritaient réflexion, et il était difficile d'en aborder la discussion en séance publique.

La Ire Conférence semblait présager une suite peut-être nombreuse de réunions semblables et fructueuses : dans l'enthousiasme qui accompagne la clôture de semblables réunions, personne n'avait douté du succès et de l'utilité d'une IIe Conférence, et n'avait songé que les sujets dont l'étude et la discussion sont possibles dans de semblables réunions venaient d'être à peu près épuisés. A coup sûr la IIe Conférence n'en a plus guère laissé qui méritent d'être discutés en réunions internationales, à moins qu'on ne revienne encore sur l'éternelle question de la réglementation et de la non-réglementation de la prostitution.

Il faut reconnaître, en effet, que les questions d'ordre international, susceptibles de solutions semblables ou simplement analogues dans les différents pays, sont et seront toujours en nombre restreint. A y regarder d'un peu près, la question de la réglementation, elle-même, ne rentre pas dans celles qui sont susceptibles d'une solution générale, commune aux différentes nations ; elle se présente, suivant les pays, suivant les caractères des peuples, suivant leurs mœurs, suivant leurs conditions économiques, sous des aspects très différents ; même entre deux capitales voisines et de même langue, entre Bruxelles où il n'y a pas de souteneurs — parce qu'en Belgique les souteneurs sont considérés comme hors la loi et incarcérés sans jugement pendant sept ans dans un cachot — et Paris où les souteneurs servent de lien entre le crime et la prostitution, il n'y a pas parité : à Bruxelles, le service des prostituées vénériennes renferme deux malades, pendant qu'à Paris Saint-Lazare en renferme des centaines. A ces deux régimes de prostitution, il faut évidemment deux régimes sanitaires et administratifs différents.

La IIe Conférence aura eu ce résultat de prouver que les discussions internationales doivent être suspendues, au moins pour un certain temps ; c'est maintenant dans chaque pays qu'il faut étudier les questions qui le concernent spécialement.

Le rôle de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale n'est cependant pas, à notre avis, terminé. Son but est en réalité de fournir aux gouvernements et aux savants compétents les éléments les plus efficaces de la lutte contre la propagation des maladies vénériennes. Elle peut l'atteindre au moyen de son Bulletin, la publication dans ce périodique d'articles scientifiques faisant connaître les données médicales qui peuvent seules servir de base à la prophylaxie, et d'études documentées sur le côté juridique de la question, la reproduction dans le plus bref délai possible des règlements qui, dans les divers pays, sont édictés dans ce but, en feront vite un recueil de documents précieux pour les autorités sanitaires et

administratives. Mieux que par des discussions désordonnées et stériles, la Société internationale de prophylaxie continuera ainsi l'œuvre commencée à Bruxelles en 1899, et surtout la tiendra constamment à jour.

Si, dans l'avenir, la réunion d'une conférence s'impose, il est à souhaiter qu'elle ait à résoudre des questions limitées, très précises, d'intérêt véritablement général, afin que ses discussions puissent aboutir à des mesures applicables en tous pays. Il est à souhaiter surtout que les discussions restent sur le terrain scientifique, que des considérations étrangères à la médecine et à l'hygiène ne viennent pas à être versées aux débats et à les faire dévier. Pour cela, il y aurait lieu d'étudier le sectionnement de la conférence en commissions composées d'hommes véritablement compétents sur les questions posées, dont les délibérations seraient soumises ensuite à des assemblées plénières : on éviterait peut-être ainsi des débordements d'éloquence et d'incompétence, on gagnerait un temps précieux et on ferait plus rapidement œuvre véritablement utile.

Je m'excuse d'avoir adressé tant de critiques à une œuvre dont je suis le premier à reconnaître toute la difficulté et à féliciter chaleureusement les organisateurs. En les exprimant nettement, je pense cependant avoir rempli un devoir et avoir témoigné par là aux hommes qui ont assumé la charge de réunir la IIe conférence l'intérêt que j'ai pris à leurs efforts, la communauté du sentiment qui nous unit pour chercher à tirer le plus grand profit du labeur qu'ils ont accepté. Je ne doute pas d'ailleurs que beaucoup des reproches que j'ai formulés soient moins le fait des organisateurs eux-mêmes que de circonstances fortuites, d'interventions inconsidérées auxquelles ils n'ont pu s'opposer; je suis convaincu que, s'ils avaient toujours pu suivre leur propre inspiration, la IIe Conférence n'aurait pas été inférieure dans ses résultats à celle de 1899.

En terminant ce compte rendu, il me sera bien permis de faire encore avec la Conférence de 1899 une comparaison qui était sur les lèvres de tous ceux qui ont assisté aux deux conférences. En 1899, les médecins français avaient à leur tête M. le professeur Fournier qui, grâce à son autorité, grâce à son tact et à la rectitude de son jugement, grâce à l'ascendant qu'il a rapidement pris sur tous, a été le principal instigateur des résolutions prises par la Conférence et a contribué pour une grande part à son éclat et à son succès. Empêché par une indisposition de se rendre à la IIe conférence, le chef éminent de l'École syphiligraphique française y a laissé un vide qui n'a pas été comblé et que les membres étrangers remarquaient et déploraient tout autant que les membres français : tous l'ont bien souligné lorsque, à l'ouverture de la Conférence, le secrétaire général a, en termes émus et éloquents, fait connaître l'absence de notre maître.

Un mot encore : l'hospitalité cordiale de nos collègues de Bruxelles, que nous avons eu l'occasion d'apprécier en 1899, n'a été ni moins large ni moins charmante à la IIe Conférence; l'intérêt témoigné par le Gouvernement belge et les prévenances de ses membres se sont retrouvés identiques. Pour tous les étrangers, le séjour à Bruxelles a été des plus agréables, le plaisir de retrouver des amis et des collègues venus de loin, particulièrement vif. Sous ces divers rapports, la Conférence de 1902 laissera un heureux souvenir à ses membres.

GEORGES THIBIERGE.

Résumé des rapports

Mesures de prophylaxie publique à prendre, sous forme de dispositions légales, relativement à la prostitution.

Le Pileur (Paris) résume ses propositions sous la forme d'un projet de loi ainsi conçu :

La prostitution est interdite avant l'âge de majorité civile.

Lorsqu'une mineure sera convaincue de se livrer à la prostitution, elle sera traduite devant un magistrat judiciaire ou municipal chargé de faire une enquête sur les faits constitutifs de la prostitution. Ce magistrat aura la faculté de ne pas donner suite au premier acte de prostitution ; en cas de récidive, il sera tenu de renvoyer la mineure devant le tribunal compétent.

Ce tribunal compétent jugera à huis clos et prononcera comme peine l'internement, jusqu'à la majorité civile, dans un asile d'éducation spéciale. Les frais de séjour dans cet asile seront supportés moitié par l'État, moitié par la circonscription administrative dont la mineure est originaire.

Seront passibles d'une amende qui sera doublée en cas de récidive, les père, mère, tuteur ou représentants légaux de la mineure inculpée.

Les mineures étrangères, contre lesquelles seront relevés des faits de prostitution, pourront être expulsées du territoire et rapatriées d'office dans leur pays d'origine.

La prostitution n'est tolérée que chez les femmes ayant atteint l'âge de la majorité civile.

Cette tolérance sera accordée à la condition, pour la femme, de se soumettre à des visites sanitaires dont les dates seront inscrites sur une carte qui lui sera remise à cet effet.

Cette tolérance sera imposée, après récidive du fait de prostitution et enquête discrète établissant la conduite de la femme, par une commission spéciale.

Dès qu'une femme manifestera l'intention de renoncer à la prostitution et qu'elle justifiera avoir trouvé du travail ou mener une autre existence, une enquête sera faite et, si cette enquête est favorable, la femme sera immédiatement rayée de la liste des prostituées.

Ces prescriptions seront très lisiblement imprimées sur une carte ou un livret d'identité portant au recto ou sur un feuillet les dates contresignées des visites sanitaires.

La femme qui refusera de se soumettre à ces prescriptions sera considérée comme vagabonde et punie comme telle, dans les termes du droit commun.

L. propose, en outre, d'édicter le règlement suivant sur la police et l'hygiène de la prostitution :

La femme inscrite sur les contrôles de la prostitution se soumettra deux fois par semaine à un examen corporel.

En cas de maladie, elle sera hospitalisée dans une infirmerie spéciale jusqu'à guérison des accidents qu'elle présente.

Pour les femmes atteintes de syphilis et guéries momentanément de leurs accidents contagieux, il sera institué un traitement externe, soit à l'infirmerie spéciale, soit aux dispensaires de l'administration.

En cas de manquement à ces visites et si cette femme est trouvée malade, elle fera, à titre de punition, à l'infirmerie spéciale et après sa guérison, un séjour égal à celui qu'aura nécessité cette guérison.

Les prostituées devraient être laissées libres d'aller où elles veulent à toute heure, pourvu qu'elles ne causent ni scandale ni attroupement.

H. Minod (Genève) pense que la loi doit protéger la mineure jusqu'à sa majorité civile, que l'État doit encourager les institutions de patronage pour apprenties, les œuvres de protection de l'enfance moralement abandonnée, etc., et s'entendre avec des sociétés de patronage *ad hoc* pour la remise à ces dernières des mineures arrêtées pour faits de prostitution ou signalées comme se livrant à la prostitution.

Ces sociétés, bien que reconnues comme institutions semi-officielles et ayant pouvoir de détention, seraient laissées complètement libres quant à leur administration et à leurs méthodes. Elles seraient subventionnées par l'État. Les prostituées malades seraient traitées par les soins de ces sociétés.

M. estime que la réglementation de la prostitution doit être abolie et que le Code doit assurer les mêmes garanties à tout individu, quel que soit son sexe, contre la séduction, la fraude, la violence ou le scandale public, protégeant plus spécialement les faibles et les mineurs; qu'il faut écarter tous les obstacles qui entravent le traitement des vénériens, interdire l'exploitation de la prostitution et considérer comme complices des proxénètes ceux qui recourent à leur entremise.

Neisser (Breslau) propose une série très complète de mesures qu'il résume ainsi :

I. — Dans la lutte qu'il entame contre la propagation et les dangers des maladies vénériennes, l'État ne doit pas se contenter de prendre des mesures à l'égard de la prostitution; il doit aussi tirer parti des nombreuses occasions qui lui permettent de combattre la diffusion des maladies vénériennes.

II. — Le plus important et le plus efficace des moyens à employer pour combattre la diffusion des affections vénériennes consiste dans la vulgarisation la plus large possible des notions relatives aux dangers et à l'importance de ces maladies.

Il faut surtout enseigner à la jeunesse masculine que non seulement la chasteté et la continence ne sont pas nuisibles, mais encore que ces vertus sont des plus recommandables au point de vue médical.

III. — Toutes les mesures à prendre par les autorités en vue de réaliser la prophylaxie des maladies vénériennes et de combattre les conséquences funestes de la prostitution doivent être réglées *par la loi*.

Cette loi ne doit régler que les points principaux.

L'application de la loi sera laissée aux communes et aux administrations autonomes de chaque district.

IV. — *A*. Il faut que la loi garantisse à tout vénérien le traitement gratuit à l'hôpital et qu'elle interdise absolument la récupération par voie d'autorité des dépenses occasionnées par ce traitement; on ne peut, en aucun cas, demander aux parents, aux tuteurs, aux concitoyens du malade de rembourser les frais de l'hospitalisation.

L'État supportera toutes les dépenses occasionnées par ce traitement gratuit, sauf dans le cas où les caisses de secours et les associations publiques sont tenues au remboursement des frais de maladie.

B. Dans toutes les villes, dans toutes les communes importantes, dans tous les districts, il faut — éventuellement avec l'aide de l'État — ériger des hôpitaux, des services hospitaliers ou des consultations publiques, ou appointer des médecins en vue de réaliser le traitement gratuit des vénériens et la distribution gratuite des médicaments.

C. Il faut veiller à ce que toutes les dispositions défavorables aux vénériens disparaissent des hôpitaux et des consultations.

Il est préférable de placer les vénériens dans les services de dermato-syphiligraphie des hôpitaux généraux plutôt que dans les hôpitaux spéciaux.

Il faut veiller à ce que dans les établissements publics le traitement respecte le secret médical et la pudeur des malades.

V. — Les mesures spéciales à prendre sont les suivantes:

A. Il faut créer une Commission sanitaire; celle-ci sera le rouage administratif et central qui prendra toutes les mesures nécessaires en vue d'assurer la surveillance des vénériens et la prophylaxie des maladies vénériennes.

B. Il faut introduire la déclaration médicale sous une double forme.

Comme le tribunal des échevins, cette Commission se composera de juges et de jurés. Ceux-ci seront choisis surtout parmi les hommes auxquels leurs études ou leur activité professionnelle et administrative donnent une compétence et des connaissances spéciales au sujet des maladies vénériennes et de la prostitution: médecins, ecclésiastiques, fonctionnaires de l'assistance publique, etc.

Cette Commission doit dresser la statistique de tous les malades qui lui sont signalés (nominativement ou non);

Elle doit exercer une surveillance sanitaire sur tous les vénériens que les médecins ou la police lui signalent comme dangereux pour la santé publique.

Cette surveillance sanitaire s'accomplira de la manière suivante:

1. On signalera aux malades l'importance des maladies vénériennes et la nécessité de la continence.

En cas d'infraction à celle-ci, la police doit déposer une plainte judiciaire.

2. On imposera aux malades le traitement médical.

Lorsqu'un malade aura été soumis à la surveillance médicale, il pourra:

Ou bien consulter à ses frais des médecins agréés par la Commission, ou se faire traiter gratuitement dans des consultations publiques désignées à cet effet.

En même temps, on délivrera une carte aux personnes traduites devant la Commission sanitaire. Cette carte permettra de s'assurer si l'intéressé se soumet régulièrement aux prescriptions ordonnées par le médecin, quant à l'examen et au traitement.

3. On dénoncera à la police les personnes qui ne se soumettent pas aux prescriptions de la Commission et des médecins chargés de la surveillance sanitaire.

La police doit, dans ce cas, déposer une plainte judiciaire pour inobservance des prescriptions de la Commission sanitaire.

Il faut séparer absolument la surveillance sanitaire de toute surveillance policière. La « police des mœurs » doit être abolie.

La déclaration médicale obligatoire doit se faire sous une double forme :

1. Sans indication de nom, mais d'une façon suffisamment caractéristique pour éviter de noter deux fois le même malade. Les médecins devront déclarer à la Commission, sous cette forme, tous les vénériens qu'ils soigneront. Ils indiqueront :

a. Le prénom, l'initiale du nom, le mois et l'année de la naissance ;

b. Le diagnostic exact ;

c. La date de l'infection ;

d. La source de l'infection.

Cette déclaration est très importante; elle permet de déterminer la fréquence des maladies vénériennes. On pourrait éventuellement remplacer cette déclaration obligatoire constante par une disposition légale qui obligerait les médecins à faire ce relevé à certains intervalles.

La révélation de la source d'infection peut permettre de découvrir les prostituées clandestines et les hommes qui ont des relations sexuelles malgré leur maladie.

Il y a une condition préalable à l'exécution de cette disposition : il faut donner au malade la garantie que la personne qu'il dénonce comme ayant été la source de sa maladie ne pourra être punie ni condamnée à des dommages et intérêts.

2. Le médecin indiquera le nom du malade lorsqu'il aura des raisons graves de croire que celui-ci continuera à avoir des relations sexuelles et n'observera pas les prescriptions sanitaires.

La police a aussi le droit de signaler à la Commission les personnes suspectes de prostitution.

Mais la Commission décide seule des mesures à prendre à l'égard de ces personnes.

C. Il faut promulguer une loi interdisant à toute personne non munie d'un diplôme médical de traiter les vénériens ; les peines comminées doivent être sévères.

D. Les personnes qui, se sachant atteintes de maladies vénériennes, continuent à avoir des relations sexuelles, commettent un délit, même dans le cas où la contamination ne se produit pas.

VI. — Il est nécessaire de donner à tous les médecins, dès leur passage à l'Université, des connaissances suffisantes au point de vue vénéréologique; il faut, en outre, créer un diplôme nouveau pour les médecins qui veulent se spécialiser dans ce domaine et briguer des fonctions administratives.

VII. — La prostitution comme telle ne doit pas être un délit; elle sera punie dans le cas seulement où la société et l'État sont lésés par la conduite antisociale (antihygiénique et démoralisante) des prostituées.

VIII. — L'État a le droit de combattre la prostitution existante par des dispositions dirigées directement contre les dangers qu'elle cause ; il a, d'autre part, et dans la même mesure, le devoir de combattre le recrutement de la prostitution par des réformes destinées à réaliser la protection sociale.

IX. — Lorsqu'on a cherché à persuader à maintes reprises une personne (homme ou femme) de la nécessité pour elle d'obéir à des prescriptions indispensables au point de vue sanitaire, si cette personne y contrevient d'une façon répétée, ou si une vraie prostituée professionnelle récidive sans cesse dans ses manquements au règlement, si elle cause du scandale dans la rue ou si elle se livre à la provocation, elle doit être condamnée par les tribunaux, sur une plainte de la police, à une détention de longue durée, d'un caractère pénible ; en cas de récidive, on la placera en outre sous la surveillance de la police. Il faut rejeter le sytème de la détention brève.

Les prostituées de carrière incorrigibles, qui continuent l'exercice de leur métier malgré leur incurabilité constante, doivent être envoyées, à perpétuité ou pour un temps indéterminé, dans des asiles ou des maisons de correction.

X. — Les prostituées placées par les tribunaux sous la surveillance de la police doivent se soumettre aux prescriptions de celle-ci en ce qui concerne leur logement et l'exercice de leur profession.

La surveillance sanitaire de ces filles est confiée à la Commission sanitaire.

A. L'exercice de la prostitution ne peut avoir lieu au domicile de la prostituée que si aucune personne dans la maison n'y met d'opposition. Les maisons où vivent des enfants sont interdites aux prostituées.

Les propriétaires sont responsables de l'exécution de toutes ces prescriptions.

B. En vue de rendre possible l'exercice de la prostitution, et de lui enlever cependant le plus possible son caractère public, il faut autoriser les maisons ouvertes et fermées et les maisons de passe.

C. La surveillance des rues, qui est du ressort de la police, doit viser a restreindre l'exercice public de la prostitution.

Les mineures vénériennes ou suspectes de prostitution, ou déjà prostituées ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes; il faut les admonester, mais non les punir; une loi analogue à la loi prussienne du 2 juillet 1900 doit leur assurer l'éducation tutélaire obligatoire (les filles malades seront traitées d'abord, ou bien on commencera simultanément le traitement et l'éducation; le traitement devra pouvoir être répété, à l'hôpital ou en dehors de celui-ci).

Il faut aussi assurer l'éducation tutélaire obligatoire aux enfants qui courent le danger d'être moralement abandonnés, par la faute ou sans la faute de leurs parents ou de leurs tuteurs (voir la loi prussienne du 2 juillet 1900 sur l'éducation tutélaire).

En dehors de ces dispositions, il faut prendre certaines mesures prophylactiques contre la prostitution:

1. Il faut interner les mineures condamnées, non pas dans les prisons et les maisons de correction, mais dans des maisons d'éducation spéciales;

2. Il faut viser à atténuer les maux qui résultent de l'insuffisance des logements et de l'organisation défectueuse des chambres où dorment les enfants;

3. Il faut rendre les cours d'adultes obligatoires pour les enfants de 14 à 18 ans.

Mais si l'éducation obligatoire est impossible à réaliser pour un motif quelconque ou si la jeune prostituée défie toute tentative de relèvement et d'amélioration, il faut la traiter comme on traiterait une prostituée plus âgée. On ne voit pas pourquoi une différence d'âge devrait avoir pour conséquence une différence de traitement, alors qu'il s'agit de personnes qui mènent toutes deux une existence antisociale et dangereuse pour la santé publique. Et les jeunes prostituées sont les plus redoutables au point de vue sanitaire !

Pontoppidan (Copenhague) pense qu'on doit établir un ensemble de dispositions législatives et administratives permettant à la police de se saisir des personnes qui se livrent à la prostitution et de les soumettre à un examen médical.

On doit créer une disposition légale permettant d'hospitaliser les personnes atteintes de maladies vénériennes lorsque, comme c'est le cas chez les prostituées, leur genre de vie est tel que seul l'isolement peut empêcher la propagation de la maladie. Le médecin serait seul juge de la durée de l'hospitalisation.

On doit proclamer une disposition légale permettant d'obliger les vénériennes, après leur guérison et leur sortie de l'hôpital, à se représenter, à date fixe, aussi longtemps que le médecin le jugera nécessaire dans un but thérapeutique ou prophylactique.

Cette base légale obtenue, il faut créer les organismes médicaux suivants :

Un service d'examen en vue de permettre la visite des filles arrêtées ou condamnées pour provocation, pour prostitution ou pour délits analogues ; ce service sera chargé aussi de l'examen des récalcitrantes ;

Un hôpital pour prostituées ; on y fera régner la discipline nécessaire, mais rien n'y « sentira » la prison ou la maison de correction ;

Un service destiné à l'examen et au traitement des personnes qui se présentent volontairement, des filles placées en observation, des malades soumises à un traitement ambulatoire.

Quelles sont les mesures de prophylaxie publique à prendre contre les maladies vénériennes, en dehors de la prostitution en ce qui concerne la protection des mineurs des deux sexes.

A. de Meuron (Genève) pense que la loi pénale doit protéger l'intégrité sexuelle des mineurs de l'un et de l'autre sexe jusqu'à leur majorité ; cette protection doit être décroissante et correspondre aux trois phases de développement de l'individu : avant l'âge de puberté (12 ans) ; de l'âge de puberté à celui de la nubilité (16 ans) ; de l'âge de nubilité à la majorité civile.

La loi civile doit permettre la substitution de l'autorité du tuteur à l'autorité des parents dans tous les cas où ceux-ci laissent un mineur de l'un ou de l'autre sexe exposé à tomber dans la débauche. L'éducation tutélaire doit, autant que possible, être confiée, avec l'appui et sous le contrôle de l'État, à la philanthropie privée.

La loi civile doit établir la responsabilité de l'homme quant aux

conséquences de sa vie sexuelle; elle doit, en particulier, déterminer celle du père de l'enfant naturel.

Mesures de prophylaxie publique à prendre contre les maladies vénériennes en ce qui concerne l'organisation des secours dus par l'assistance publique aux vénériens; et les devoirs des institutions de secours mutuels envers les vénériens.

Blaschko (Berlin) résume ainsi son rapport :

1. Il faut organiser partout le traitement gratuit des vénériens.

2. Les frais de ce traitement ne doivent être supportés ni par l'État ni par la commune d'origine du malade, mais par la commune où il a eu sa dernière résidence. Les communes pauvres recevront des subsides de l'État.

3. Le traitement gratuit des malades vénériens dans les hôpitaux et les policliniques ne doit pas être considéré comme un acte de l'assistance publique nécessitant la démonstration de l'état d'indigence du malade; c'est un service public, accessible à tout malade qui se présente.

4. Le traitement gratuit des vénériens est réduit au minimum par l'assurance obligatoire de tous les ouvriers, employés, apprentis, etc., non autonomes et recevant un salaire ou un traitement.

5. Il faut donner la plus grande extension possible à cette assurance obligatoire; là où elle n'est pas réalisable, il faut favoriser l'assurance volontaire parmi la population peu aisée.

6. Les principes suivants sont à recommander quant au traitement des vénériens dans les caisses d'assurance contre la maladie :

a. La loi ne doit contenir aucune disposition restrictive à l'égard des vénériens, les secours doivent être accordés dans leur intégrité aux vénériens aussi bien qu'aux autres malades. La reconnaissance officielle sera refusée aux caisses libres et aux sociétés d'assurance qui restreignent les secours accordés aux vénériens.

b. La durée des secours ne doit pas être limitée à une période déterminée; les secours doivent être intégralement accordés pendant toute la durée de la maladie, y compris les récidives.

c. Lorsque le médecin de la caisse jugera l'hospitalisation d'un malade vénérien nécessaire, la caisse devra payer les frais de cette hospitalisation, si les circonstances locales le permettent. Les caisses pauvres recevront des subsides de l'État.

d. L'obligation du traitement hospitalier ne se justifie, en général, que lorsqu'elle est commandée par des considérations graves (que le médecin signalera dans son attestation) et vis-à-vis des personnes appartenant à l'industrie ou au commerce de l'alimentation, vis-à-vis des barbiers, des coiffeurs et des souffleurs de verre.

e. Les caisses doivent être autorisées à promulger des prescriptions adressées aux malades; ces prescriptions sont destinées à donner au médecin une sorte de pouvoir disciplinaire vis-à-vis des malades et à permettre une surveillance continue de ceux-ci, même pendant les périodes de latence de la syphilis.

f. La création de consultations pour les médecins des caisses, consultations

que l'on mettrait en relation avec les hôpitaux, permettrait la coopération durable du traitement hospitalier et du traitement ambulatoire. La loi reconnaîtra au malade le droit de choisir librement son médecin; tous les médecins de la localité pourront, grâce à cette mesure, exercer leur activité dans ces consultations.

g. La loi doit autoriser les caisses à faire des dépenses en vue de travailler à la prophylaxie sanitaire et en vue de réaliser un enseignement de l'hygiène destiné à leurs membres sains et malades.

h. La loi doit obliger la direction des caisses à publier des statistiques de mortalité et de morbidité selon un modèle déterminé.

E. Lane (Londres) pense que tout hôpital général doit contenir des salles spéciales et séparées pour le traitement des maladies vénériennes.

On doit placer à la tête de ce service un professeur spécialiste et responsable qui se servirait, dans un but clinique, du matériel mis à sa disposition et qui enseignerait la vénéréologie aux étudiants.

L'outillage et les installations de ce service doivent répondre à toutes les nécessités de la science.

Non seulement il ne faut mettre aucun obstacle au traitement des vénériens dans les hôpitaux généraux, mais encore il faut les encourager à s'y présenter et leur en faciliter l'accès.

Il faut traiter les vénériens avec bienveillance et discrétion.

Les consultations devraient être ouvertes dans la soirée, pendant quelques jours de la semaine.

Les devoirs des institutions charitables envers les vénériens se résument en trois mots : traitement, instruction et recommandations.

Il faut y ajouter, pour les femmes, le relèvement au moyen d'asiles annexés aux hôpitaux.

Mesures de prophylaxie publique à prendre contre les maladies vénériennes, en ce qui concerne l'allaitement par les nourrices, la contagion par les sages-femmes et les gardes-couches, la vaccination de bras à bras, la contagion dans les usines, fabriques, ateliers, etc., par l'intermédiaire des instruments de travail, les bureaux de placement, la police des hôtels, lieux de logement, etc.

Ramazotti (Milan) pense, en ce qui concerne *l'allaitement par les nourrices*, qu'il faudrait rendre légalement obligatoire la présentation d'un certificat, délivré par un médecin, qui constaterait l'immunité syphilitique, tant chez la nourrice que chez le nourrisson; la nourrice, de son côté, devrait être tenue de présenter un certificat de bonne vie et mœurs émanant de la mairie de la commune qu'elle habite.

Les médecins devraient être obligés de dénoncer à l'autorité sanitaire tous les cas de transmission syphilitique par voie d'allaitement qu'ils auraient à constater dans l'exercice de leur profession.

Dans les cas où, soit les parents du nourrisson, soit la nourrice auraient été prévenus des dangers que l'allaitement peut présenter par suite des conditions pathologiques des parties, la transmission syphilitique, résultant de l'allaitement pratiqué contrairement aux avis des médecins, devrait

être considérée comme délit et tomber sous le coup de l'action publique.

Il devrait être défendu à toute nourrice saine d'allaiter un enfant syphilitique; les contraventions à cette disposition législative devraient être dénoncées par les médecins au Procureur du Roi.

Les intermédiaires pour le placement des enfants chez les nourrices, et les bureaux de placement qui se chargent de procurer des nourrices à qui en a besoin, devraient être soumis à un règlement et surveillés de manière à sauvegarder la santé publique.

Toute mère d'un enfant illégitime, qui fait inscrire cet enfant à l'hospice, devrait être soumise à une visite sanitaire dont seraient chargés les médecins de la crèche, dans toutes les villes où existe un semblable établissement. Dans les communes où il n'existe pas de crèche, c'est l'officier sanitaire du lieu qui devrait être obligé à faire cette visite.

D'une façon générale, et sauf les exceptions motivées, la mère illégitime devrait être obligée d'allaiter son enfant, au moins pendant les trois premiers mois, sous la surveillance et avec l'assistance de l'hospice.

Les enfants trouvés ne devraient être confiés aux soins d'une nourrice mercenaire étrangère qu'après avoir été tenus en observation pendant le temps jugé nécessaire par le médecin directeur de l'hospice.

La surveillance sanitaire des nourrissons et des nourrices mercenaires devrait être obligatoire et rigoureuse.

En ce qui concerne les *sages-femmes*, leur instruction syphiligraphique doit être développée.

L'intervention de la sage-femme doit être limitée et subordonnée à celle du médecin.

Une disposition légale devrait interdire aux sages-femmes l'exercice de leur profession lorsqu'elles ont la moindre ulcération au doigt explorateur; elle devrait interdire aussi l'exercice de leur profession aux sages-femmes syphilitiques, pendant la période active de la maladie.

Rona (Budapest) est d'avis, en ce qui concerne *l'allaitement par les nourrices*, qu'il faut proclamer que les médecins qui permettent l'engagement d'une nourrice en vue d'allaiter un enfant syphilitique et les parents qui engagent cette nourrice malgré l'avis du médecin sont punissables.

Il faut proclamer que les femmes atteintes de syphilis ou celles qui ont mis au monde un enfant syphilitique ne peuvent pas servir de nourrices ni même de bonnes d'enfants. Elles et leurs enfants malades doivent être soumis immédiatement à la surveillance médicale.

Il faut créer un nombre suffisant d'asiles pour accouchées et pour enfants assistés. Les femmes y resteraient en observation pendant quatre à six semaines au moins après l'accouchement (dans les cas suspects, ce délai pourrait être prolongé). Il devrait exister un asile de ce genre dans chaque ville un peu importante. Là où il y a des maternités, l'asile devrait y être annexé.

Il faut créer, aux environs des villes où se trouveront les asiles, des colonies pour recueillir les enfants — même les enfants syphilitiques — avec leurs mères.

Il faudrait défendre aux bureaux de placement de procurer des nourrices et créer dans chaque ville un peu importante un asile pour accouchées ;

cet asile recueillerait gratuitement toutes les personnes qui désireraient se placer comme nourrices et qui seraient aptes à exercer cette fonction. Comme compensation, cet asile seul aurait le droit de fournir des nourrices. Celles-ci ne pourraient le quitter qu'au moment où, après une certaine période d'observation, un certificat leur serait conféré.

La nourrice qui voudrait changer de service ne pourrait le faire qu'après s'être représentée à l'asile.

Il faudrait défendre de donner des enfants en nourrice ou de les confier à des personnes étrangères autrement que par l'intermédiaire des asiles pour accouchées et pour enfants assistés.

Pour ce qui regarde la *contamination par des gardes-couches et les infirmières*, il faudrait ordonner d'insister, dans les cours suivis par les accoucheuses et les infirmières, sur l'enseignement des maladies vénériennes.

Il faudrait ordonner à toute accoucheuse ou infirmière qui aurait aux mains des blessures ou des abcès, de consulter un médecin, afin de savoir si elle peut continuer ses fonctions ou à quel moment elle pourra les reprendre. Ce médecin donnerait un certificat à ces personnes.

Il faudrait édicter des peines contre toute accoucheuse ou infirmière qui, malgré l'avis du médecin ou sans être munie du certificat médical, continuerait à exercer ses fonctions alors qu'elle porte aux mains des blessures ou des abcès.

Au sujet de la *contamination par la vaccination*, il faudrait interdire absolument la vaccination de bras à bras; seul le vaccin animal devrait être autorisé; le médecin qui inocule la syphilis par la vaccination devrait être puni.

En ce qui concerne la *contamination dans les usines, les fabriques, les ateliers, etc., la contamination par les outils*, il faut que dans toutes les usines, fabriques et ateliers où certains outils passent de bouche en bouche (travail de l'or et du verre), chaque ouvrier ait son embouchure à lui;

Que dans les fabriques de cigares, il soit défendu de coller ceux-ci avec de la salive;

Que dans toutes les usines, fabriques, ateliers (et écoles), les apprentis (et les élèves) aient chacun leur gobelet ou leur verre;

Que les coiffeurs observent les soins de propreté les plus méticuleux et qu'ils ne se servent d'aucun instrument (rasoir, lancette, scarificateur, ciseaux) sans l'avoir préalablement nettoyé avec le plus grand soin; les mêmes précautions devraient être observées dans les établissements de bains;

Que dans toutes les fabriques, usines et ateliers, dans les charcuteries, les boucheries, les boulangeries, les pâtisseries, les hôtels, les cafés, les restaurants, les cafés chantants, etc., tous les employés (hommes et femmes) soient constamment visités en vue de rechercher chez eux la syphilis; ceux qui seraient trouvés malades devraient être séparés des employés sains et recevraient les soins nécessaires.

Pour rendre l'exécution de ces mesures plus facile, il faudrait que toutes les caisses de secours et de prévoyance fussent obligées de traiter les vénériens exactement comme les autres malades, et de leur servir l'indemnité

quotidienne en même temps qu'elles leur assureraient les soins médicaux et les médicaments.

Petrini de Galatz (Bucarest), en ce qui concerne l'*allaitement par les nourrices*, pense qu'il faut annexer au bureau de l'état civil un service médical par les soins duquel les enfants à la mamelle, les nourrices et les mères qui allaitent leurs enfants seraient visités régulièrement et fréquemment. Les médecins de ce service dirigeraient le bureau de placement pour nourrices, annexé aussi au bureau de l'état civil. On ne pourrait se procurer de nourrice que par l'intermédiaire de ce bureau.

Les parents qui, sachant leur enfant syphilitique, le confient à une nourrice saine doivent être déférés à la justice ; il en est de même de la nourrice syphilitique qui, connaissant sa maladie, accepte un nourrisson sain.

Pour ce qui regarde *la vaccination*, il faut interdire toute vaccination qui ne serait pas pratiquée au moyen de vaccin animal.

Les médecins ou les vaccinateurs seraient responsables en cas de contamination.

Des instructions sur les maladies vénériennes devraient être affichées dans les mairies, les fabriques, etc.

Y a-t-il lieu d'appliquer les principes de la responsabilité civile et pénale à la transmission des maladies vénériennes?

Bérenger (Paris) déclare que, quant à la responsabilité civile, il n'est pas besoin d'ajouter aux lois un texte nouveau. Il suffit de constater que les principes généraux du droit offrent une sanction suffisante.

Il y a lieu de créer un délit de transmission des maladies vénériennes, soit que la communication ait été intentionnelle, soit qu'elle ait été le fait d'une imprudence volontaire.

De Munthe de Morgenstierne (Christiania) remarque que la question de la responsabilité civile n'est pas une question de législation et qu'elle a trait à la jurisprudence en usage dans les différents pays.

Il faut créer un délit de contamination vénérienne.

La plupart des difficultés peuvent être évitées en rendant la plainte publique (excepté pour le cas de contamination dans le mariage), en faisant une enquête au sujet de toute dénonciation anonyme confirmée par d'autres circonstances, en n'exigeant pas la preuve de la contamination de la victime, et d'un acte sexuel isolé, mais seulement du danger de contamination couru par la victime et de la vie de débauche du délinquant.

Fiaux (Paris) pense que la responsabilité civile doit s'appliquer aux rapports contaminateurs des adultes entre eux.

La responsabilité pénale doit s'appliquer exclusivement :

a) Aux rapports contaminateurs des adultes avec les mineurs ;

b) Aux rapports contaminateurs des mineurs entre eux.

La responsabilité pénale ne doit pas s'appliquer aux rapports contaminateurs des mineurs avec les adultes.

La victime, et ceux qui possèdent sur elle les droits de la puissance paternelle, pourront seuls intenter l'action publique. Ils se constitueront partie civile dans la plainte déposée.

La contamination volontaire serait assimilée à l'administration de subs-

tances susceptibles de produire des maladies ou de causer une incapacité de travail.

La contamination involontaire serait assimilée aux blessures et coups par défaut de précaution.

Di Fratta (Rome) croit que, au point de vue du droit civil, les lois sont suffisantes.

Au point de vue du droit pénal, la transmission des maladies vénériennes au cours des relations sexuelles ne constitue pas un délit de lésion personnelle rentrant dans la formule du Code pénal; mais le délit existe si la contamination est faite dans le but de nuire, ou si elle est accompagnée ou suivie d'un autre délit (viol, séduction, détournement de mineures);

L'édification juridique du délit rencontre des obstacles de fait impossibles à éviter, fût-ce en partie, dans l'état actuel des choses: les conditions nécessaires du délit ne peuvent être érigées en obligations juridiques; en tout cas, l'introduction de ce délit nuirait à la prophylaxie des maladies vénériennes plutôt qu'il ne lui serait utile.

La contamination par voie extra-sexuelle constitue un délit.

Rethaan-Macaré (La Haye) remarque que, au point de vue du droit civil, la contamination peut:

1. Être intentionnelle. Dans ce cas rare, l'action en dommages et intérêts est recevable dans tous les pays.

2. Être due à l'insouciance. L'action, en cas de contamination lors de relations illicites, se heurtera à l'exception *ob turpem causam.*

3. Être due à la négligence, à l'imprudence. Dans ce cas, l'action civile est recevable dans tous les pays.

4. Avoir lieu sans que le contaminateur se sache malade. L'action n'est recevable que dans le cas compliqué.

Les lois actuelles sont donc suffisantes au point de vue du droit civil.

Au point de vue du droit pénal, la contamination peut:

1. Être intentionnelle. L'action pénale est recevable dans les pays qui assimilent aux coups et blessures l'atteinte portée à la santé d'autrui.

2. Être due à l'insouciance. L'action pourrait être recevable dans ces mêmes pays.

3. Être due à la négligence ou à l'imprudence. L'action est recevable dans presque tous les pays lorsque la contamination a des suites funestes ou graves.

4. Avoir lieu sans que le contaminateur se sache malade. L'action n'est pas recevable.

On pourrait donc (dans les pays où cette assimilation n'existe pas) assimiler aux coups et blessures l'atteinte portée à la santé d'autrui. Mais il ne faut pas compter beaucoup sur l'efficacité de la loi dans ces matières.

Moyens de vulgarisation auxquels il convient d'avoir recours pour éclairer la jeunesse et le public en général sur les dangers individuels et sociaux de la syphilis et de la blennorrhagie, ainsi que sur les modes de contagion directe ou indirecte de ces deux maladies?

Burlureaux (Paris) croit que, parmi les moyens de vulgarisation, il

faut peu compter sur les moyens qui nécessitent une mise en scène quelconque (pièces de théâtre, conférences publiques) ; il faut avoir une confiance limitée dans les instructions affichées ou encartées dans des livrets militaires.

La propagande la plus efficace est celle qui se fait de proche en proche par des hommes instruits, convaincus et persévérants ; leurs instruments doivent être : des notices courtes et d'un prix insignifiant, à remettre à tout syphilitique quittant l'hôpital, et des brochures et des livres sur les dangers des maladies vénériennes, à distribuer à la jeunesse.

A. de Morsier (Genève) croit qu'il faudrait enseigner à la jeunesse des écoles et des universités, aux troupes de la marine et de l'armée la morale sociale intersexuelle et mettre à sa disposition des livres et des brochures développant les principes de morale intersexuelle indispensables à une véritable prophylaxie sociale et sanitaire comme à la conduite des sexes entre eux, et indiquant dans une partie hygiénique, sanitaire et médicale, les dangers du péril vénérien.

O. Lassar (Berlin) pense que, pour attirer l'attention publique, la presse contitue le meilleur moyen, presque le seul, que nous possédions.

Un bureau international de la presse devrait envoyer tous les mois aux journaux importants de petites notes variées, mais conçues toujours de manière à éveiller la curiosité. Ces notes seraient redigées dans la langue du journal auquel elles seraient envoyées.

On devrait confier aux médecins des écoles l'enseignement de l'hygiène et de la prophylaxie des maladies.

La Société internationale devrait instituer un prix en vue de récompenser la meilleure leçon à l'usage de la jeunesse, sur le danger des maladies vénériennes.

Avec les matériaux fournis par ce concours, un jury se mettrait d'accord sur un texte qui serait répandu par milliers d'exemplaires.

Des instructions analogues, adaptées chacune au public auxquelles elles s'adressent, devraient être rédigées à l'usage des séminaristes, des étudiants, des recrues, des marins, des employés de commerce, des apprentis. On répandrait largement ces brochures, on les afficherait dans les fabriques et les lieux de réunion. Les femmes ne devraient pas être oubliées sous ce rapport. Le style lapidaire est ici le seul qui convienne.

Les professeurs, les médecins doivent donner des conférences sur les maladies vénériennes. Les médecins militaires doivent profiter des visites périodiques que subissent les soldats pour les instruire.

Il faut envoyer aux gouvernements et aux parlements des pétitions et des rapports fréquemment répétés.

Prophylaxie individuelle à l'aide d'institutions hospitalières.

Finger (Vienne) déclare que l'État doit veiller à l'éducation vénéréologique des médecins.

Les dispositions qui concernent l'hospitalisation des vénériens doivent être améliorées et complétées :

1. Le nombre des lits disponibles pour les vénériens doit être notablement augmenté. Il ne faut pas, pour réaliser ce vœu, créer des hôpitaux spéciaux

pour vénériens, mais il faut obliger tous les hôpitaux actuellement existants à recevoir les vénériens ; il faut y créer des services spéciaux de vénéréologie, placés sous la direction de médecins compétents.

2. L'érection de nouveaux services de vénéréologie, la création de lits nouveaux est nécessaire parce que nous devons obtenir que :

3. Tout vénérien au stade contagieux qui demande son hospitalisation, faute de soins à domicile, soit admis immédiatement ; il faut considérer son admission comme urgente et nécessaire ; et aussi parce que :

4. La durée du traitement ne soit pas être réduite par des circonstances étrangères à la maladie, et notamment par le manque de place ; au contraire, cette durée doit être suffisante pour chaque malade ; elle doit être la plus longue possible, comme le traitement doit être le plus énergique possible.

5. Il faut annexer à chaque service de vénéréologie un quartier payant plus ou moins important, selon les circonstances locales. Les conditions de prix doivent être acceptables pour les personnes de la classe moyenne, même pour les moins aisées d'entre elles ; il faut donc qu'en tout temps les malades puissent être admis dans ce quartier payant et traités par le chef de service.

6. Toutes les mesures qui contribuent à écarter les indigents des services de vénéréologie doivent être abrogées.

Les services de vénéréologie doivent être placés exactement sur le même pied que les autres en ce qui concerne l'organisation, l'ameublement, le règlement, etc.

Il faut absolument placer les prostituées dans des salles à part.

Les frais d'hospitalisation des indigents ne doivent pas être réclamés à la commune ; l'État doit s'en charger.

Les caisses de secours doivent être tenues de mettre les vénériens exactement sur le même pied que les autres malades ; il faut changer les lois qui régissent cette matière.

Le traitement ambulatoire aussi doit être rendu plus accessible aux malades : il faut veiller à ce que rien ne blesse leurs sentiments.

a) La consultation, que le malade ne peut aujourd'hui fréquenter qu'au prix de sacrifices réels, doit être rendue vraiment gratuite.

Le nombre des consultations existantes doit être notablement accru, de telle sorte que dans les grandes villes il y en ait au moins une par arrondissement ; ces consultations seront placées sous la direction d'un médecin appointé par la ville ou l'État.

Les consultations doivent être accessibles pendant plusieurs heures par jour et, en tout cas, le soir au moment où les ouvriers chôment.

On doit distribuer, aux frais de l'État, les médicaments aux malades qui déclarent ne pouvoir les payer.

Alfred Fournier (Paris) pense que le traitement de la syphilis devrait avoir pour organes des dispensaires rattachés aux hôpitaux multiples ; — méthodiquement répartis dans les divers quartiers ; — fonctionnant à jours et heures propices aux malades, avec distribution gratuite de médicaments ; — offrant à tout malade, au verso de chaque ordonnance, une Instruction élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la

syphilis, non pas seulement pour lui-même, mais par rapport à autrui.

A la consultation publique par fournées devrait être substituée la consultation individuelle, privée, secrète ; les consultations externes constitueraient un service exclusif de tout autre, confié à des médecins titulaires.

Jadassohn (Berne) demande, en ce qui concerne le traitement, que, dans les hôpitaux peu importants, on mette des chambres isolées à la disposition des vénériens, qu'on fasse en sorte d'occuper les vénériens hospitalisés, en créant des salles de travail, etc., et qu'on emploie des infirmiers plus énergiques, plus consciencieux et plus instruits.

1. Il serait très désirable d'avoir des heures de consultation spéciales à chacun des deux sexes ou au moins d'avoir deux salles d'attente, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes.

2. Chaque malade doit être examiné et traité seul.

4. Les locaux des consultations doivent répondre aux exigences médicales modernes.

5. Les consultations pour vénériens doivent aussi recevoir les malades atteints d'affections cutanées. Il est avantageux de les réunir avec d'autres consultations.

En ce qui concerne l'instruction du public sur les maladies vénériennes, tout malade qui a contracté une affection vénérienne ou qui s'y est seulement exposé et qui consulte un médecin à ce sujet doit être éclairé par celui-ci, dès la première consultation, autant que posssible, sur les maladies vénériennes, verbalement et par la remise d'un avis, dont la rédaction et l'impression incombent à l'État.

Dans les services hospitaliers spéciaux, on pourrait afficher ces avis, donner des conférences, mettre des brochures à la disposition des malades.

Bases de la statistique des maladies vénériennes pour tous les pays.

Bertillon (Paris) regarde comme désirable que les statistiques soient établies sur un cadre uniforme (auquel chacun restera libre d'ajouter les détails qu'il voudra) et au moyen d'une fiche individuelle, conforme à celle qu'a proposée M. Le Pileur.

Il propose un modèle de tableau numérique conforme à cette fiche.

On ne peut guère espérer l'adoption de cette fiche dans la pratique privée des médecins. On pourrait commencer par en faire l'essai dans les services hospitaliers de vénériens.

Santoliquido (Rome) pense que la statistique des maladies vénériennes et de la syphilis doit être édifiée sur des bases simples, rigoureusement déterminées et rigoureusement uniformes par tous les pays civilisés; elle doit exclure pour le moment les recherches qui ne concourent pas à l'étude immédiate et directe de l'extension de ces maladies et de l'allure générale de leurs variations.

Les données du relevé doivent, par suite, être simplifiées le plus possible, condition indispensable pour atteindre l'uniformité et l'extension voulues de la statistique.

Pour ce qui concerne l'individu, on doit se borner à noter le sexe, l'âge et la profession.

Pour ce qui concerne la maladie, la nomenclature nosologique doit être réduite à trois termes : syphilis, blennorrhagie, chancre mou contagieux.

Pour la syphilis, il faut noter la nature de l'infection (héréditaire ou acquise).

Pour la syphilis acquise, il faut encore noter l'année de la contamination et le mode de celle-ci (génitale ou extra-génitale).

Pour la blennorrhagie, il faut noter si un examen approfondi — ou même l'examen microscopique — a été fait.

La récolte du matériel doit être faite par deux formes de relevés : l'une continue, l'autre intermittente.

Dans la première, on mettra à profit toutes les sources actuellement en usage, en cherchant à en élargir la portée. Toutes ces données devront être relevées au moyen de fiches individuelles.

Dans la seconde (recensement), on recherchera, à des intervalles fixes, tous les cas de maladie existant à un moment donné dans un pays. Ces éléments devront être relevés au moyen de fiches collectives rédigées d'après des données individuelles. Ce recensement devrait être répété dans tous les pays à date fixe et à intervalles assez rapprochés (au moins tous les deux ans).

Un accord devrait intervenir entre les divers Gouvernements en vue d'unifier les statistiques militaires sur les bases énumérées plus haut (en adoptant quelques règles spéciales à ces statistiques), afin de les rendre uniformes et parfaitement comparables ;

Le relevé continu aussi bien que le relevé intermittent (recensement) doivent se faire sur l'initiative et sous la surveillance d'un office gouvernemental central propre à chaque pays.

A cet office, et à cet office seul, seront confiés le dépouillement des fiches et le groupement des résultats en tableaux uniformes pour tous les pays.

Un office international devra recueillir et exposer, dans une publication spéciale, les éléments obtenus dans chaque pays.

Wolff (Strasbourg) croit que la Conférence devrait nommer une commission chargée de déterminer, avant la fin de la Conférence, un modèle de fiche uniforme pour la statistique internationale des maladies vénériennes.

La nomenclature de ces maladies comporterait : le chancre mou et ses complications ; la blennorrhagie et ses complications ; la syphilis.

Pour cette dernière, un signe particutier placé en tête de chaque fiche indiquera s'il s'agit d'une syphilis acquise, génitale ou extra-génitale, récente ou récidivante, tertiaire ou héréditaire.

Le recensement devrait s'étendre : à l'armée de terre ; à l'armée de mer ; aux hôpitaux spéciaux et généraux ; aux cliniques et policliniques ; aux caisses de secours ; aux prostituées ; aux établissements publics et aux administrations publiques ; aux fabriques et établissements particuliers, etc.

Le système du recensement des maladies vénériennes pourrait être employé.

La déclaration forcée, le système de Kromayer, etc., doivent être rejetés.

O. de Petersen (Saint-Pétersbourg) croit qu'une statistique absolue de la syphilis et des maladies vénériennes est impossible à réaliser. Les seules

statistiques utilisables, mais qui n'auront jamais qu'une valeur relative, sont les statistiques de l'armée, celles des hôpitaux civils et celles des prostituées surveillées.

La valeur de ces statistiques dépend de la nomenclature employée ; pour la syphilis, la nomenclature : syphilis récente — récidivante — tardive (gommeuse) répond à tous les desiderata.

Il est désirable que le Bureau de la Société internationale publie de temps, en temps une statistique internationale relative à la syphilis.

VŒUX ADOPTÉS A L'UNANIMITÉ PAR LA CONFÉRENCE

I. — Il est désirable que la loi garantisse à tout vénérien le traitement gratuit dans la plus large mesure possible.

Il faut veiller à ce que toutes les dispositions défavorables aux vénériens disparaissent des hôpitaux et des consultations.

Il faut veiller à ce que dans les établissements publics le traitement respecte le secret médical et la pudeur des malades.

II. — Les prostituées vénériennes doivent être considérées, non comme des coupables, mais comme des malades atteintes d'affections contagieuses.

III. — Donner aux conscrits arrivant au régiment une instruction imprimée très sommaire sur les dangers de la blennorrhagie et de la syphilis. Y ajouter un paragraphe indiquant la nécessité de conserver toujours le souvenir des maladies vénériennes afin de pouvoir les signaler plus tard au médecin. Annexer peut-être à cette notice quelques brèves indications concernant les dangers de l'alcoolisme et la prophylaxie de la tuberculose. S'assurer que l'homme quittant le service emporte cette instruction en même temps que son livret militaire.

IV. — La Conférence émet le vœu suivant :

Le plus important et le plus efficace des moyens à employer pour combattre la diffusion des affections vénériennes consiste dans la vulgarisation la plus large possible des notions relatives aux dangers très graves et à l'importance de ces maladies.

Il faut surtout enseigner à la jeunesse masculine que non seulement la chasteté et la continence ne sont pas nuisibles, mais encore que ces vertus sont les plus recommandables au point de vue médical.

V. — Attendu que les différentes statistiques doivent être comparables :

1° Il est nécessaire d'établir les statistiques sur des bases uniformes ;

2° Il est nécessaire d'en confier l'établissement à un Bureau international ;

3° Le président du Bureau international transmettra les propositions qui lui seront soumises aux divers Gouvernements et prendra leur avis sur la formation de ce bureau et sur l'allocation de subsides.

VI. — La Conférence émet le vœu que le problème de l'éducation rationnelle et progressive des questions d'ordre intersexuel, au point de vue hygiénique et moral, soit posé auprès des instituteurs et éducateurs de la jeunesse à tous les degrés.

Une Commission est nommée pour étudier la rédaction d'un traité qui, s'inspirant des brochures existantes, servira d'indication pour cet enseignement et permettra sa vulgarisation dans tous les pays.

REVUE DES LIVRES

Pemphigus des Auges, par Pergens, in-8° de 74 pages, Berlin, 1901, Karger, éditeur.

Ce mémoire constitue une étude complète du pemphigus de l'œil comprenant 133 cas que l'auteur a recueillis dans la littérature médicale de 1800 à 1900. P. y a ajouté deux cas qu'il a observés directement et dont voici un résumé :

I. — Homme de 62 ans qui, 3 mois environ après une urticaire, fut atteint de pemphigus foliacé. Deux mois plus tard il survint sur l'œil gauche un exsudat fibrineux gris pâle. La paupière et le visage sont indemnes; quelques jours plus tard, ulcère de la cornée; le palais fut ensuite envahi par une lésion analogue. A l'examen histologique, on trouvait que l'épithélium était très épaissi, les couches supérieures étaient remplacées par un épithélium pavimenteux dont les noyaux renfermaient une petite quantité de chromatine.

II. — Fillette âgée d'environ un an, bien portante jusqu'à il y a trois semaines, époque à laquelle apparut brusquement une éruption généralisée de pemphigus. Dans le cours de la 2e semaine, l'œil gauche devint malade et, une semaine plus tard, l'œil droit. Sur la cornée de ce dernier il existait une bulle ouverte dont les lambeaux étaient formés par l'épithélium infiltré de microcoques et la substance propre de la cornée. L'enfant mourut trois jours après son entrée à la clinique. Le globe oculaire du côté gauche ne formait qu'une masse purulente contenant en grand nombre des staphylocoques pyogènes blanc et doré.

Au microscope on constata que la cornée était en grande partie dépouillée de son épithélium; dans les points où il existait encore, il était pauvre en chromatine et mélangé à des exsudats fibrineux. Les cellules de la cornée étaient en grande partie détruites, il y avait de nombreuses cellules migratrices.

P. termine son intéressante monographie par un relevé sommaire des cas mentionnés et décrit les variétés, l'étiologie, la bactériologie du pemphigus de l'œil.

A. Doyon.

Les champignons parasites de l'homme et des animaux domestiques, guide technique de parasitologie végétale, par L. Gedoelst. (Vol. in-8 de 200 pages, avec 124 figures dans le texte. Bierre et Bruxelles, 1902, Van In et H. Lamertin, éditeurs.)

L'auteur de ce livre, professeur à l'École de Médecine vétérinaire de Cureghem-Bruxelles et mycologue distingué, s'est proposé, non de donner une histoire complète des différents champignons parasites, mais de fournir au chercheur un guide élémentaire, dans lequel il trouverait les indications pratiques nécessaires pour poursuivre avec fruit des observations de parasitologie végétale. Ces observations réclamant tout à la fois des connaissances de botanique cryptogamique et des connaissances médicales très

spécialisées, il s'est efforcé de fournir au médecin les indications botaniques nécessaires pour établir les affinités des diverses espèces de champignons et au botaniste les données nécessaires pour découvrir, chez le patient, au sein des lésions, le parasite végétal, pour l'isoler et le cultiver sur les milieux artificiels.

Les descriptions de G., très claires, sont accompagnées de nombreuses figures; la plupart de ces figures sont empruntées aux auteurs mêmes qui ont donné les descriptions les plus exactes des divers parasites, ce qui permet au lecteur de contrôler lui-même ces descriptions.

Ce livre est à la fois un excellent traité élémentaire de parasitologie, et un manuel parfait de laboratoire. Il rendra de grands services aux dermatologistes en leur fournissant les renseignements les plus exacts et en leur mettant en main les résultats des travaux les plus récents sur des parasites dont ils ont si souvent à rechercher la présence et à déterminer les caractères. Ils y trouveront, en outre, la description de parasites observés jusqu'ici uniquement chez les animaux et qu'ils peuvent avoir quelque jour l'occasion de rencontrer chez l'homme et la nécessité d'identifier avec le contenu de leurs préparations. G. T.

Service de dermatologie, de syphiligraphie et d'urologie de l'hôpital Saint-Pierre, compte rendu annuel et observations, 1901, par A. Bayet. 1 vol. in-8 de xxv-142 pages. Bruxelles, 1902, Hayez, imprimeur.

Dans ce volume, B. a réuni le compte rendu du mouvement et de la pratique de son beau service de l'hôpital Saint-Pierre pendant l'année 1901, et les travaux qui ont été faits dans ce service pendant la même année.

Parmi ceux-ci, nous citerons de Bayet des articles sur l'origine de la syphilis, sur les stigmates durables de la syphilis secondaire, sur l'épilepsie syphilitique secondaire, sur l'épithélioma d'origine lupique, de Dekeyser des articles sur la syringomyélie, sur la trichorrhexie nerveuse, sur la polynévrite syphilitique tertiaire, de Leclerc-Dandoy un article sur la tuberculose du testicule et du scrotum chez un hérédo-syphilitique, sur l'épididymite blennorrhagique.

La plupart de ces articles ont été analysés dans les *Annales.* Leur réunion en un volume atteste l'activité scientifique de B. et de ses collaborateurs; elle fait préjuger le profit, plus grand encore, que la science dermatologique tirera de leurs travaux lorsque, la période de transformation et d'organisation matérielles du service de Bayet étant passée, leur activité pourra se tourner uniquement vers l'utilisation de ses richesses cliniques. G. T.

Eczema, with an analysis of eight thousand cases of the disease, par L. Duncan Bulkley. 1 vol. in-8 de la Student manual series on diseases of the skin, New-York et Londres, 1901. G. P. Putman's sons, éditeurs.

Cet ouvrage est, ainsi que le dit l'auteur, la 3e édition de son livre « Eczema and its management » qui, paru il y a 20 ans, a eu un grand et légitime succès, mais cette nouvelle édition a été entièrement refondue; mise au courant de la science, elle a surtout profité de la vaste expé-

rience clinique de B. et de sa pratique à la fois très étendue et très judicieuse.

B. définit l'eczéma « une maladie constitutionnelle de la peau, aiguë ou chronique, non contagieuse, inflammatoire, polymorphe, accompagnée de sensations de démangeaisons et de brûlures ».

Cette définition montre que les études ultérieures ont confirmé l'opinion que l'auteur avait primitivement formulée au sujet de la nature de l'eczéma. Elle montre dans quel esprit B. conçoit l'eczéma et quelle a été son idée directrice.

Nous ne pouvons suivre B. dans les développements de son livre. Nous nous contenterons de remarquer qu'il est écrit dans un esprit extrêmement pratique, donnant des détails précis sur les causes, le diagnostic et le traitement de l'eczéma, sur ses diverses localisations et leur traitement. Il se termine par un formulaire thérapeutique étendu dont les lecteurs français feront certainement leur profit. G. T.

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, par Marmonier. 1 vol. in-16, Paris, 1902, Doin, éditeur.

M. a réuni dans ce petit volume tout ce qui concerne les différents modes de traitement de la syphilis, les formules des diverses préparations, leur application à tel ou tel cas, et les règles générales de ce traitement. Dans une seconde partie, il indique avec détails les indications propres à chacune des manifestations et localisations de la syphilis et les moyens de les remplir.

Ce livre, qui s'inspire des traditions et de l'enseignement de l'école syphiligraphique française, est un vade-mecum très utile et un recueil de renseignements précieux dont le médecin aura fréquemment occasion de faire usage dans sa pratique. G. T.

Patologia e cura della funzione sessuale nell' uomo e nella donna, par Robert W. Taylor. *Première édition italienne*, par L. Ferrio et C. Calza, avec notes par G. Salsotto. 1 vol. in-8° de 379 pages. Turin, 1902, Unione tipografica, editrice.

L'important traité des troubles de la fonction sexuelle de l'éminent vénéréologue de New-York a obtenu en Amérique un grand et légitime succès. Basé sur une longue et vaste observation, qu'il résume avec une grande clarté et un sens critique très remarquable, il méritait à tous égards d'être connu et vulgarisé en dehors de son pays d'origine. La traduction italienne des docteurs Ferrio et Calza, à laquelle le docteur Salsotto a ajouté une série de notes portant surtout sur l'anatomie des organes génitaux et sur les psychopathies sexuelles, rendra donc un véritable service. Elle a été éditée avec un soin et même, chose rare dans les publications scientifiques italiennes avec un luxe qui fontt préjuger très heureusement de ceux qui présideront à l'édition du volume suivant, le Traité des maladies génito-urinaires, vénériennes et syphilitiques.

Le présent volume, dont les *Annales* n'ont pas reçu l'édition américaine, contient, après un exposé complet de l'anatomie des organes génitaux de l'homme, l'étude de l'impuissance chez l'homme (impuissance psychique, symptomatique, atonique, organique), et, à propos de cette dernière, la description des ulcérations et des néoplasmes du pénis, puis l'étude de

l'azoospermie, de l'aspermatisme, des rétrécissements de l'urèthre, des affections de la prostate et des vésicules séminales, de la masturbation, de la spermatorrhée, du priapisme, des perversions sexuelles. Dans les chapitres consacrés aux troubles de la fonction sexuelle chez l'homme, l'auteur étudie successivement le vaginisme, la masturbation chez la femme, les néoplasies vulvaires, les ulcérations tuberculeuses et le kraurosis de la vulve. G. T.

NOUVELLES

Société Internationale pour la Prophylaxie sanitaire et morale de la syphilis et des maladies vénériennes. — *Statuts adoptés par l'Assemblée plénière de la IIme Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, dans sa séance du 4 septembre 1902.*

Article premier. — Une association internationale est fondée pour l'étude des questions relatives aux mesures d'ordre sanitaire et moral ayant pour objet la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

Cette association prend le titre de *Société internationale pour la Prophylaxie sanitaire et morale de la Syphilis et des Maladies vénériennes.*

Elle a son siège à Bruxelles.

Article II. — La Société comprend des membres individuels ainsi que des associations ou groupements nationaux s'occupant de questions qui se rattachent à l'objet de ses études.

Leur admission est prononcée par le Comité dont l'institution est prévue à l'article III.

Article. III. — L'administration de la Société est confiée à un Comité central comprenant :

1° Un Bureau exécutif composé de trois membres nommés à titre permanent par l'assemblée plénière : un Président, un Vice-Président, un Secrétaire général

2° Douze à vingt membres choisis, autant que possible, dans les divers pays, par l'assemblée plénière et, à défaut de désignation de la part de celle-ci, par le Bureau exécutif.

Article IV. — La Société se réunit périodiquement en une assemblée plénière sous le titre de *Conférence internationale*, à laquelle participeront, outre les membres individuels, les délégués des collectivités.

Le Comité central déterminera les conditions et modes de votation pour les résolutions à prendre et pour les élections.

Les Gouvernements et les institutions publiques intéressés seront priés de s'y faire représenter par des délégués.

Chaque assemblée plénière, et, à son défaut, le Comité central fixe la date et le lieu de la Conférence suivante.

ARTICLE V. — La Société publie un *Bulletin* par les soins du Comité central.

ARTICLE VI. — La cotisation des membres individuels est fixée à dix francs par an. Elle donne droit à la réception du *Bulletin*.

Les années où la Conférence se réunit, cette cotisation est portée à vingt francs.

Celle des associations sera réglée de concert avec le Comité central.

Le Bureau exécutif a été ainsi constitué :

Président : JULES LE JEUNE, ministre d'État, avocat à la Cour de cassation;

Vice-Président : ÉMILE BECO, secrétaire général du Ministère de l'Agriculture, chargé de la Direction du Service de santé et de l'hygiène;

Secrétaire général Dr DUBOIS-HAVENITH, agrégé à l'Université, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique.

Le siège du Secrétariat général est à Bruxelles, 19, rue du Gouvernement-provisoire.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

Corbeil. Imprimerie ÉD. CRÉTÉ.



TRAVAUX ORIGINAUX

DES GANGRÈNES MULTIPLES ET PRIMITIVES DE LA PEAU

Par le Dr **Carle**,
Chef de clinique à l'hospice de l'Antiquaille (Lyon).

En 1894 et 1895 MM. Hallopeau et Le Damany (1) présentèrent à la Société de Dermatologie un malade des plus curieux. Son affection, qualifiée d'abord de trophonévrose, fut considérée ensuite comme une maladie infectieuse à détermination cutanée, s'exprimant par de multiples plaques ulcéreuses et gangreneuses spontanément survenues en dehors de toute cause connue, diathésique ou autre. Après avoir excellemment décrit l'aspect clinique des lésions et leur évolution, ces auteurs concluent à l'existence d'un type non encore décrit de dermatose nécrotique, de nature infectieuse, encore indéterminée. Je ne saurais mieux faire, pour fixer les idées, que de rapporter leurs conclusions cliniques :

« Il existe une dermatose caractérisée par le développement de boutons rouges au centre desquels il se forme, après décollement de l'épiderme, une croûtelle jaunâtre ; une ulcération sous-jacente à bords taillés à pic et tapissée d'un détritus grisâtre putrilagineux s'accroît excentriquement jusqu'au moment où elle se cicatrise lentement après élimination de la partie mortifiée.

« Les boutons peuvent subir des évolutions diverses ; les uns restent superficiels et se cicatrisent rapidement ; d'autres deviennent à leur surface le siège d'une escarre sèche et noire ; d'autres gagnent en profondeur et s'accompagnent d'une induration marquée des lésions dans toute leur épaisseur; d'autres s'accompagnent d'un érythème induré qui peut s'étendre à toute une région, devenir le phénomène dominant et aboutir à une mortification en masse..... »

Ces gangrènes multiples avaient déjà été entrevues, sinon individualisées (2). Dans un article datant de 1886, Doutrelepont (3) expose

(1) Hallopeau et Le Damany. *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 1264 et 1349. — Id., 1895, p. 213 et 292.

(2) Je laisse systématiquement de côté les observations de Isnard (*Thèse de Paris*, 1818), de Richter (1818), de Simon (1879), etc., trop anciennes et trop vagues, où il s'agit de nouveau-nés infectés ou d'individus cachectiques. Il est de toute nécessité de ne laisser en présence que des observations précises et tout à fait comparables, si l'on veut individualiser cette forme spéciale de gangrènes cutanées.

(3) Doutrelepont. Ueber einen Fall von multiplen Hautgangrän. *Vierteljahrhreschrift f. Derm. und Syph.*, 1886, p. 189.

l'histoire d'une jeune fille qui fut couverte de foyers gangréneux disséminés, par poussées successives. A ce propos il rappelle quatre observations antérieures qu'il analogue à la sienne. Or, trois d'entre elles, celles de Saugster (1), Neumann (2) et Leloir (3), se rapportent à des jeunes filles nerveuses dont les plaques exsangues et insensibles au début présentèrent tous les caractères des nécroses localisées de nature hystérique, en dehors de notre cadre par conséquent. L'observation de Kolb (4) et surtout celle de Doutrelepont ont au contraire les caractères déjà signalés de spontanéité et de dissémination par poussées successives.

Un an après la communication de Hallopeau, et sans la connaître, Janowski et Mourek (5) font paraître un travail synthétique des plus intéressants sur la question des gangrènes multiples de la peau. Aux observations de Doutrelepont, ils en ajoutent quinze nouvelles, dont trois personnelles. Là encore il faut élaguer. Trois d'entre elles [Bayet (6), Max Joseph (7), Singer (8)] se produisent chez des hystériques; nous les négligeons. Celle de Eichoff (9) se rapporte à un enfant devenu cachectique et rentre dans la vaste classe de ces ecthymas infantiles explicables par le manque de soins et la misère physiologique (10).

Restent donc, pouvant se rattacher aux gangrènes multiples primitives de la peau, les observations de Kopp (11), Rothmann (12), Quinquaud (13), Hebra (14), Bayet (15), Demme (16), Cesar Bœck (17). Bien que différentes dans leurs modes de début, obscures dans leur

(1) Saugster. *Congrès international de Londres*, 1880.

(2) Neumann. *Vierteljarhreschrift f. Derm. und Syph.*, 1882.

(3) Leloir. *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse*, Paris, 1882.

(4) Kolb. Rapporté par Janowski et Mourek.

(5) Janowski et Mourek. Beitrage zur Lehre von der multiplen Hautgangräu. *Archiv f. Dermat. und Syph.*, 1896, p. 359-386.

(6) Bayet. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894, p. 501.

(7) Max Joseph. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1895, t. XXXI.

(8) Singer. *Wiener med. Presse*, 1898.

(9) Eichoff. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1886.

(10) D'une façon générale, je laisse de côté nombre de cas infantiles analogues, et attribuables aux mêmes causes. Par exemple, les cas de Hutinel (publiés par P. Gallois, *Bulletin méd.*, 1889), de Crocker (*Medic. chir. Transactions*, 1887), de Pineau (*Union médicale*, 1887) et quelques autres.

(11) Kopp. *Münchener medic. Wochenschrift*, 1886.

(12) Rothmann. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890.

(13) Quinquaud. *Annales de Dermatologie*, 1892.

(14) Hebra. *Archiv f. Dermatologie*, 1892.

(15) Bayet. *Journal des Sciences médicales de Bruxelles* (1891), et *Annales de Dermat.*, 1894, p. 501.

(16) Demme. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1887, p. 1107.

(17) Cesar Boeck. *Norsk Magasin for Legevindsk*, 1886, p. 35.

étiologie, toutes ces gangrènes présentent une évolution assez identique, et apparaissent toutes, ce qui est essentiel, en dehors de toute diathèse, de toute prédisposition pathologique ou physiologique.

En 1895, Rotter (1) avait fait paraître une intéressante observation de gangrènes multiples à début pustuleux et avait isolé un bacille qu'il considérait comme spécifique.

En 1897, Waelsch (2) publie un cas de septicémie gangreneuse survenue chez un morphinomane à la suite d'une piqûre douteuse.

En 1900, Brocq (3) décrit une gangrène de la joue évoluant par poussées. Mais cette fois les lésions restent localisées, s'étendant excentriquement par zones régulières, partant d'un même centre. Il semble qu'il s'agisse là d'une autre forme de gangrène.

Enfin j'ai présenté à la Société nationale de médecine de Lyon en juin 1902 (4) un malade que j'observe depuis deux ans à la clinique de l'Antiquaille. Je rapporte son observation, presque superposable à celle de MM. Hallopeau et Le Damany, et des plus typiques au point de vue qui nous intéresse :

Observation. — Baptiste C..., âgé de 21 ans, ouvrier zingueur, à Lyon. Rien ne mérite d'être signalé dans ses antécédents héréditaires. Sa famille a toujours joui d'une excellente santé. Son père, âgé de 57 ans, est très vigoureux. Sa mère est morte à 38 ans, de cause accidentelle. Ni frères, ni sœurs.

Rien dans les antécédents personnels. Le sujet a toujours travaillé sans interruption, et se trouve pour la première fois atteint d'une maladie l'obligeant au repos. Ni rhumes, ni bronchites; aucun signe de scrofulose dans l'enfance. Rien dans son histoire ne perte à croire que l'on ait affaire à un nerveux.

Nous avons particulièrement fouillé l'histoire du malade pendant les mois qui ont précédé l'éruption sans rien trouver de bien précis. Rien n'évoque l'idée de syphilis.

Le canal, l'anus ou la gorge sont et ont toujours été indemnes. Jamais de dysphagie, jamais d'adénopathie inguinale ou sous-maxillaire. Ni maux de tête, ni éruptions, ni bouton isolé en quelque partie du corps que ce soit.

Nous trouvons seulement que, en septembre 1900, trois mois avant l'éruption par conséquent, le malade fut blessé à la racine de l'annulaire par une bague en laiton, qu'il portait habituellement. Une légère ulcération survint, qui suivait assez exactement le pli digito-palmaire. Elle était peu profonde, douloureuse, gênant les mouvements du doigt, etc. Elle se couvrit de croûtes qui tombèrent et se renouvelèrent. Cette lésion persista durant un mois. Le malade n'interrompit pas son travail et se soigna très

(1) Rotter. *Dermatologische Zeitschrift*, 1895, t. II, nº 4.
(2) Waelsch. *Archiv für Dermatologie*, 1897, t. XXXIX, p. 173.
(3) Brocq. *Annales de Dermatologie*, 1900, p. 731.
(4) Carle. *Société nationale de médecine de Lyon*, in *Lyon médical*, 1902, p. 941.

relativement. Sa guérison se fit sans cicatrices. Pas d'adénopathie appréciable pour le malade.

Le 27 décembre 1900, le malade venait de faire une période de 28 jours; il s'aperçut, le soir de son arrivée, d'une tuméfaction douloureuse de l'aisselle droite. La palpation lui fit reconnaître la présence de deux ou trois glandes anormalement tuméfiées, du volume d'une grosse noisette. Il se traita avec des cataplasmes chauds. Le lendemain, persistance des tuméfactions; de plus, des maux de tête continus et violents, obligeant au repos, et sensation de fatigue générale. Tout ceci dure cinq jours, s'atténue et disparaît. Mais en même temps il constate sur la partie cutanée de la lèvre supérieure, à gauche, entre le lobule nasal et la muqueuse labiale, la présence d'un petit bouton rouge, plat, indolent, non prurigineux, auquel il ne prête pas grande attention. Un second bouton survient peu après du même côté sous la lèvre inférieure, puis un troisième près de l'œil droit, ayant même apparence que le premier. Ces trois boutons évoluèrent semblablement, augmentant peu à peu de diamètre, se recouvrant de croûtes jaunâtres que le malade n'osait toucher, toujours aussi indolents qu'au début. Un médecin consulté 15 jours après donna des bains de sublimé et des pilules de protoiodure. Puis les croûtes tombant d'elles-mêmes pour faire place à des ulcérations suppurantes, le malade se présenta à l'hospice de l'Antiquaille le 26 janvier 1901, et fut reçu dans le service de M. le Professeur Gailleton. L'affection datait de un mois.

Tel fut le début. Depuis cette époque, le malade n'a à peu près pas quitté l'Antiquaille. Les poussées se sont succédé plus ou moins intenses, mais toujours morphologiquement identiques à elles-mêmes; quelques phénomènes les ont accompagnées. Je crois utile, pour la clarté du sujet, de décrire tout d'abord l'évolution d'une de ces ulcérations et sa marche, avant d'envisager les poussées dans l'ordre chronologique de leur apparition.

Voici les caractères et l'évolution des lésions tels que j'ai pu les observer. Le début est toujours des plus insignifiants, et si le malade n'était pas prévenu, il n'y prêterait aucune attention. Un petit bouton rouge, gros comme une tête d'épingle, survient spontanément en un point quelconque du tégument. En 4 à 5 jours ce bouton s'étend et devient grosse papule, en même temps que son centre se couvre d'une petite croûtelle blanchâtre et lamelleuse, laissant dépasser une aréole rouge à la périphérie. La croûte soulevée montre de fines pointes qui pénètrent assez profondément le tégument sous-jacent. Dans les 8 jours qui suivent, la bordure érythémateuse s'élargit, excentriquement refoulée par la croûte centrale qui s'épaissit visiblement, et la lésion peut dès lors évoluer *en trois sens différents :*

1° La croûte blanche centrale croît régulièrement jusqu'au diamètre d'une pièce de 1 franc, toujours bordée d'une aréole rouge dont la teinte vive se fond peu à peu avec celle des téguments voisins. Cette croûte est lamelleuse, micacée, non furfuracée, assez adhérente, résistant aux lavages, ne s'enlevant pas sans écorchures; ni inflammation, ni douleur spontanée ou provoquée, pas de prurit. Au bout d'une quinzaine de jours, l'accroissement est terminé, la lésion reste stationnaire pendant une à deux semaines, puis la croûte se détache d'elle-même, petit à petit, découvrant une macule

infiltrée rouge vif. Cette couleur s'atténue, passe au lie de vin, puis au rose foncé, mais persiste des mois. Aucune de celles que nous avons vues naître, si minime qu'elle soit, n'a encore disparu.

2° Même évolution jusqu'au quinzième jour, mais à cette époque :

a) La lésion s'infiltre, se surélève légèrement ; la palpation de la zone érythémateuse périphérique donne une sensation de tissu épais presque induré ; l'aréole s'étend, devient plus souple et se délimite mieux, sans transition avec le tissu ambiant.

b) La croûte devient jaunâtre, épaisse, grasse également, infiltrée. Elle n'a plus l'apparence psoriasiforme, elle se rapproche plutôt de l'eczéma impé-



Fig. 1. — Lésion gangreneuse isolée de l'avant-bras.

tigineux, moins grise cependant. Puis elle se détache peu à peu, d'elle-même, facilement, au bout d'un mois, sous forme d'un détritus putrilagineux.

Au-dessous d'elle apparaît une ulcération peu profonde, sanieuse, à fond irrégulier, à bords peu marqués, émettant un pus sanieux mêlé de sang.

Traitée, elle persiste environ un mois, puis le fond se déterge, la réparation se fait rapidement en 5 à 6 jours. Une tache rouge, assez fortement infiltrée, persiste indéfiniment. Quand l'ulcère a été profond, la cicatrice devient à la longue blanche et atrophique, non infiltrée, veinée de bleu, bordée d'un léger cercle brun à la périphérie.

3° Enfin l'évolution peut être franchement et rapidement nécrotique, soit

spontanément, soit après avoir passé par les deux stades précédents. Dans ce cas, vers la fin de la troisième semaine après le début de l'ulcération, la croûte change presque subitement d'aspect (et le malade prévoit maintenant fort bien l'évolution d'après ce changement). Après avoir passé par un stade d'infiltration puriforme, la croûte devient grise, puis noirâtre. Un sillon se trace, qui sépare peu à peu ce tissu central devenu escarrotique d'avec l'aréole érythématheuse périphérique. La lésion est alors profondément infiltrée. Au fur et à mesure que la croûte se rétracte au centre, l'ulcération apparaît, profonde et rouge, avec des bords taillés à pic, irréguliers, croûteux et épaissis. Le pus sanieux, très odorant, sanguinolent, arrive les premiers jours en grande abondance, puis sa quantité diminue. L'ulcération peut persister ainsi de 6 à 8 semaines, suivant sa localisation et la rigueur du traitement. Par elle-même la lésion est indolente, sauf en certains points tels que les orifices de la face ou le cuir chevelu, où elle acquiert un caractère inflammatoire bien spécial, avec douleurs névralgiformes persistantes.

Puis, dès que l'escarre est éliminée, la réparation est en général assez rapide. Quelques jours suffisent pour combler de larges et profondes ulcérations avec un traitement très anodin.

Les cicatrices sont moins rouges que celles des lésions précédentes et plus souples. Le centre est généralement leucodermique et lisse, tandis qu'à la périphérie persiste une zone plus infiltrée, plus colorée, croûtelleuse quelquefois, constituée par une série d'arcs de cercle joints bout à bout. L'aréole bistrée et la surface entièrement leucodermique est rare et ne se trouve qu'à la suite des lésions précocement et fortement cautérisées.

Nous allons maintenant étudier chronologiquement les poussées successives, leurs caractères différentiels suivant leur siège et leur intensité, et les phénomènes pathologiques concomitants.

La première poussée, comme nous l'avons dit, a été précédée d'une adénite axillaire subaiguë, non suppurée et de céphalées pendant une huitaine de jours. Puis sont apparues les trois ulcérations déjà mentionnées à la face. A l'arrivée du malade à l'hôpital elles étaient en pleine évolution, celle du nez était la plus considérable, gangréneuse et profonde. On continua le traitement spécifique déjà suivi par le malade, et l'on fit des pansements simples. L'extension persistait. Au bout d'un mois, en présence de cette agravation, je cautérisai fortement l'ulcération mentonnière à l'électro-cautère et les deux autres au chlorure de zinc à 30 p. 100, après avoir élargi la surface à la curette. Cette opération fut répétée tous les 2 jours. En 15 jours la guérison s'ensuivit. La lésion électrocautérisée fut très vite cicatrisée et laissa une tache souple et blanche, au lieu que les deux autres et surtout celle de la lèvre supérieure laissèrent un gros placard rouge et infiltré, qui persiste encore.

Deuxième poussée en février 1901, généralisée aux membres, avec première apparition sur le thorax de quelques papules croûteuses généralement avortées. En même temps une adénite sous-maxillaire douloureuse attire l'attention sur les amygdales qui sont le siège d'ulcérations douloureuses et profondes, bien délimitées, à fond blanchâtre. Fièvre assez constante qui oscille de 38° à 39°, et dont l'apparition a précédé l'éruption.

Le tout dure un mois et demi, avec le traitement suivant que nous avons toujours suivi depuis : lavages et pansements humides jusqu'à chute des croûtes, cautérisation au chlorure de zinc à 10, 20 ou 30 p. 100, emplâtre de Vigo dans l'intervalle. Peu de croûtes gangreneuses, et celles-ci très minimes, du diamètre d'une pièce de 50 centimes au plus.

Le malade sort et revient en mai 1901. Cette fois, il y a récidive sur la face, in situ et poussée nouvelle sur le cuir chevelu. En même temps, céphalée intense et persistant trois semaines, malgré tous les traitements : antipyrine, bromure, iodure, mercure à forte dose. Coïncidence ou non, la phénacétine seule a donné un excellent résultat. Fièvre forte, obligeant au séjour au lit pendant dix jours, gonflement amygdalien bilatéral et adénite sous-maxillaire.

Les ulcères du cuir chevelu ont été particulièrement mauvais. Ils étaient situés à la nuque, difficiles à laver pour le malade, et aggravés par la présence des cheveux. Aussi cette région a-t-elle fourni une série de plaques immédiatement gangreneuses, longuement suppurantes et douloureuses.

Même traitement et guérison relative en deux mois.

Le malade ayant voulu sortir, revient fin août 1901, en très mauvais état. Le tronc, jusque-là respecté, était atteint. Quelques ulcérations ecthymateuses paraissaient sur le thorax, mais le maximum se trouvait aux lombes et aux fesses. Le malade n'ayant pu se traiter, les ulcérations s'étaient étendues et sans doute rejointes, si bien que deux énormes placards ulcérés, larges comme le fond d'une assiette, occupaient cette région. Le pli interfessier était envahi, et une ulcération atteignait même le bord de l'anus, empêchant complètement la marche. Comme les précédentes et comme les suivantes, cette éruption avait été précédée de trois semaines de céphalée et de fièvre.

Calmée par un traitement long et minutieux, cette poussée s'achevait à peine quand commença la suivante en novembre 1901, localisée au bras gauche et à l'oreille. Cette dernière manifestation fut particulièrement terrible. Siégeant à l'orifice du conduit auditif, l'ulcération l'envahit en partie et fut accompagnée d'un œdème intense de toute l'oreille externe, avec rougeur érysipélatoïde de la région, douleur violente, et adénite mastoïdienne énorme. La guérison ne fut guère plus longue que pour les autres cas ; amygdalite suppurée concomitante. Une nouvelle poussée s'est effectuée fin janvier 1902. Elle se termine actuellement. Celle-ci a été beaucoup plus discrète ; quelques efflorescences du cuir chevelu, une petite plaque gangreneuse au bras, une autre au scrotum, une troisième à la verge. Il semble que les poussées s'affaiblissent et diminuent d'intensité. Même évolution et même traitement que les précédentes.

Depuis le mois de janvier 1902, l'affection a pris une allure chronique. Quelques efflorescences apparaissent de temps à autre, sans localisation régionale, se croûtellent, s'ulcèrent, se creusent et se réparent. Cependant en avril 1902 elles sont apparues en plus grand nombre autour des organes génitaux et à la nuque. En même temps le malade était atteint d'une épididymite subaiguë des plus curieuses, sans qu'il soit possible d'incriminer un écoulement (j'ai été très rigoureux dans cette recherche) ; l'épididyme a augmenté insensiblement jusqu'au volume d'un œuf de poule, sans parti-



Fig. 2. — Le dos du malade (après la sixième poussée, mai 1902).

cipation appréciable du testicule. La douleur, peu marquée au début, est devenue peu à peu assez forte, au point de gêner sérieusement la marche. Au 8e jour est survenu un peu de vaginalite, une légère tension de la peau du scrotum, mais sans phénomène inflammatoire proprement dit. L'évolution a toujours été subaiguë, mais elle s'est prolongée assez longtemps, puisque le malade s'en ressent encore, 3 mois après le début. La période d'état a duré plus de 3 semaines. Comme pour les poussées précédentes, celle-ci était accompagnée de céphalée, anorexie, malaise gastrique, fatigue générale, mais plus atténuée qu'autrefois.

Pendant ce long séjour à l'hôpital, j'ai complètement examiné le malade, au double point de vue des diathèses et de l'état nerveux. En dehors des poussées, il est absolument normal. La sensibilité est intacte sur tout le corps, les réflexes cornéens et pharyngiens existent, les réflexes tendineux sont normaux ainsi que les réflexes cutanés ; les réflexes musculaires sont exagérés.

Les urines, plusieurs fois examinées, n'ont jamais contenu d'albumine, ni de sucre, ni aucun autre élément, même au plus fort de l'état fébrile. Un amaigrissement notable (15 kilogrammes) s'est produit depuis son entrée à l'hôpital, insensiblement survenu. Les exsudats de diverses sortes ont été raclés ou recueillis pour être soumis à l'examen microscopique. Par trois fois le résultat a été négatif et nous n'avons pas retrouvé les bacilles décrits par Demme et par Rötter. Par contre, on trouve nombre de staphylocoques.

J'ai pratiqué en mars une biopsie. Je détaillerai plus loin l'examen microscopique. Je note pour l'instant ce fait curieux, déja signalé par Hallopeau, de la greffe consécutive d'une plaque gangreneuse sur cette incision, malgré la suture et les pansements. L'ulcération évolua exactement comme celles qui se produisaient spontanément.

En somme, le malade est toujours à l'hôpital, mais les poussées diminuent très nettement de durée et d'intensité. Il est actuellement criblé de cicatrices rouges de toutes dimensions, depuis celles d'un pois jusqu'à la largeur d'une assiette. Plus ou moins épaissies, quelquefois croûteuses, toujours colorées et tranchant sur la peau saine, infiltrées et surélevées, limitées par des bords irréguliers ou polycycliques, ces cicatrices, toujours aussi indolentes, persistent sans grande modification et l'âge ne semble influer que très lentement sur elles. En général, plus l'élément inflammatoire a dominé pendant leur évolution, plus l'infiltration persiste. Quand, au contraire, la nécrose centrale s'est rapidement constituée et éliminée, il ne reste qu'une cicatrice blanche, atrophique et superficielle, sans bordure surélevée ni infiltration.

Avant d'aborder l'étude clinique, quelques remarques sur la conception générale de ces dermatoses.

Dans *La Pratique dermatologique*, M. Déhu, auteur de l'article relatif aux gangrènes (1), consacre seulement quelques lignes aux dermatoses primitivement gangreneuses et les range dans les formes

(1) Déhu. *Pratique dermatologique*, article Gangrène, t. II, p. 756.

non classées. Après avoir résumé cinq observations récentes, M. Déhu conclut qu'il s'agit de faits isolés, tous disparates, dont l'étiologie est le plus souvent incertaine et qui méritent seulement d'être mentionnés à titre de documents.

Et cependant, MM. Hallopeau et Leredde, dans leur dermatologie (1) s'étaient efforcés de faire de ces cas isolés une entité morbide. Ils avaient même créé une série de divisions et de subdivisions que je résume dans le tableau suivant :

Gangrènes secondaires....	avec porte d'entrée....	ecthyma.
		impétigo.
		dermatite polymorphe....
	sans porte d'entrée....	érythème.
		purpura.
		fièvres infectieuses.
Gangrènes primitives...	aiguës.......	forme érythémato-bulleuse.
		gangrène foudroyante de la verge.
	chroniques ..	forme papuleuse.
		forme pustuleuse.

Peut-être ces gangrènes ne méritaient-elles ni cet excès d'honneur, ni cette indignité. Quoique isolés et disparates, les cas publiés sont dès à présent assez nombreux pour que leurs caractères rapprochés forment un solide faisceau symptomatique facile à retrouver en clinique. Quant au baptême étiologique, on ne l'exige pas pour individualiser une affection, heureusement pour nombre de dermatoses.

D'un autre côté, je me permettrai quelques remarques à propos de la classification proposée par MM. Hallopeau et Lerredde.

Une gangrène n'est pas secondaire, me semble-t-il, du fait qu'elle a une porte d'entrée. Nous retrouverons celle-ci dans la plupart des cas dits primitifs. Du moment qu'elle existe, qu'elle soit large comme un ecthyma ou réduite à une piqûre, on ne peut sur ce fait, très difficile à apprécier d'ailleurs, baser une classification,

Il est fort probable que le bacille, peut-être spécifique, de cette affection exige toujours une porte d'entrée.

Une gangrène n'est pas secondaire parce qu'elle est précédée par un élément dermatologique quelconque. Ce fait est également constant. Ainsi évoluent les gangrènes primitives qui débutent toujours par les dermatoses le plus polymorphes.

Les gangrènes cutanées multiples me paraissent secondaires lorsqu'elles sont accompagnées ou précédées d'un état pathologique qui les explique et les cause. Car l'intérêt de cette forme que j'étudie est tout entier dans la gangrénisation spontanée de multiples éléments, en dehors de toute infection, de toute diathèse, de toute tare, de toute prédisposition nerveuse. Et, quelle que soit la porte d'entrée,

(1) Hallopeau et Leredde. *Traité de Dermatologie*, Paris, 1901, p. 431.

quelque soit l'élément dermatologique du début, on peut ranger dans les gangrènes primitives tous les cas semblables, unis par l'absence de causes générales, la multiplicité des éléments, et la spontanéité de la transformation nécrotique. On réserverait ainsi le nom de gangrènes secondaires à celles, bien plus fréquentes, qui succèdent à des affections aiguës, fièvre éruptive ou infections générales, à des diathèses, le diabète surtout, à des tares spécifiques ou nerveuses, à toutes les cachexies, y compris la misère physiologique. L'étiologie des gangrènes primitives n'y gagne rien en clarté, mais elles constituent aussi une entité clinique bien mieux délimitée, et d'étude plus facile.

Je ne comprendrais pas dans ce cadre la gangrène foudroyante des organes génitaux, de Fournier. Celle-ci ne présente ni la dissémination spontanée, ni la marche par poussées de celles qui nous occupent. Son évolution rapide et sa gravité spéciale, ses complications locales lui donnent une allure très différente de celle des gangrènes multiples, bien que son caractère primitif et infectieux la range dans une classe toute voisine ; peut-être le même microbe est-il coupable, mais les différences symptomatiques me paraissent trop essentielles pour être négligées.

Enfin, la division en formes aiguës et chroniques, les unes érythémato-bulleuses, les autres papuleuses et pustuleuses, me semble un peu prématurée. Tout d'abord la délimitation me paraît complexe, car cette affection procède par poussées aiguës, dont la répétition crée la chronicité. De plus, est-ce à dire que le début érythémato-bulleux crée toujours la forme aiguë, tandis que la papule implique le pronostic de chronicité? La simple lecture des observations réunies par Janowski et Mourek prouve de suite le contraire. Enfin, si l'on croit à la nécessité de formes cliniques basées sur les différences objectives des lésions au début, cette division est même insuffisante, car nous trouvons : des macules rouges (Rothmann), des hyperhémies localisées (Doutrelepont), du purpura (Demme), de l'urticaire (Renault), etc. Or je ne crois pas nécessaire d'admettre autant de formes. Puisque le premier de ces éléments n'implique nullement une évolution et un pronostic spécial, il semble préférable de ne pas attacher autant d'importance à cette variabilité du début.

Ainsi individualisé, le groupe des gangrènes primitives constitue une entité moins divisée, mais plus nette, à début très polymorphe, à évolution différente suivant les cas ; mais d'autres observations sont nécessaires pour établir le nombre et l'importance relative des différences morphologiques.

Symptomes.

En général, rien ne fait prévoir une éruption. Elle survient chez un individu en parfaite santé qui s'inquiète des premiers boutons lorsque

leur persistance et leur volume l'obligent à y prêter attention. Quelquefois le malade se souvient de quelques vagues lassitudes les jours précédents ; le mien avait présenté de la céphalée, un peu de fièvre. Mais, en règle générale, rien.

Le début est des plus polymorphes: des macules rouges (Rothmann), une hyperhémie localisée (Doutrelepont), du purpura (Demme), de l'urticaire (Neumann, Renaut), des vésicules (Cesar Bœck), des papules (Janowski et Mourek), des pustules (Rotter). En somme, rien dans l'aspect objectif des premiers éléments ne peut faire soupçonner leur évolution ultérieure. Cependant quelques caractères leur sont communs, qui peuvent déjà attirer l'attention ; la spontanéité de leur apparition, leur multiplicité, leur arrivée indolente et le manque absolu de prurit. Je note la prédominance de la forme papuleuse au début.

Érythème, vésicule ou papule, la poussée éruptive est donc constituée par des éléments indolents et non prurigineux, souvent survenus à l'insu même du malade. Dès lors, à la même période et sur un même individu, ces éléments vont évoluer très diversement.

1° *Ou bien ils avortent.* L'efflorescence première, quelle qu'elle soit, se couvre d'une croûte légère, micacée, psoriasiforme, qui tombe au premier lavage, sans laisser de traces (Janowski et Mourek) ou qui, au contraire, marque sa place par une pigmentation rouge localisée, lentement décolorée, mais visible pendant des mois.

2° *Ou bien la lésion persiste et s'étend*, suinte et s'érode si elle est vésiculeuse, s'infiltre si elle est pustuleuse ; si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours, une croûte se constitue, lamelleuse, épaisse, jaunâtre, infiltrée, presque ecthymateuse, et très adhérente. Sous ce couvercle arraché, on trouve une ulcération peu profonde à bords infiltrés et irréguliers, à fond putrilagineux, émettant un pus verdâtre et mal lié. Bien pansée, la plaie se déterge, bourgeonne et se comble en une huitaine de jours, laissant toujours après elle une surface rouge sombre infiltrée ou cicatricielle, infiltration rouge bien délimitée.

3° Enfin, l'effloresence primitive peut se gangréniser d'emblée. Dès la constitution de la croûte, celle-ci prend une teinte grisâtre, puis noirâtre, s'étend excentriquement, refoulant peu à peu l'aréole érythémateuse infiltrée au milieu de laquelle elle a pris naissance. Quelquefois un bourrelet hyperhémié de quelques millimètres se montre à sa limite (Doutrelepont). Solidement encerclée dans les tissus pendant les premiers jours, la croûte noire devenue escarrotique se mobilise peu à peu et se détache, laissant à sa place une ulcération toujours profonde, à bords déchquetés et taillés à pic, donnant une sanie odorante, grumeleuse et jaunâtre. La croûte ne se renouvelle pas et la réparation est assez rapide quand la plaie est nettoyée

et les pansements soigneusement renouvelés. Bien traitées, ces plaques de gangrène laissent une cicatrice atrophique, jaunâtre veinée de bleu, beaucoup moins infiltrée que la précédente, le plus souvent superficielle, et même quelquefois chéloïdienne (Kopp, Bayer). Abandonnées à elles-mêmes, ces ulcérations, ecthymateuses ou gangreneuses, n'ont aucune tendance à s'arrêter. Elles s'étendent excentriquement, précédées à la périphérie par un bourrelet d'infiltration rougeâtre et surélevé, semé de papules croûteuses limitant une seconde zone d'ulcérations putrilagineuses ou déjà bourgeonnantes, tandis que la zone centrale est recouverte d'un mauvais tissu de cicatrice, instable et trop pigmenté. Certaines ulcérations, mal soignées, peuvent ainsi acquérir la surface d'une assiette, envahir toute une région, la fesse ou la nuque par exemple, et étendre plus ou moins loin leur bordure irrégulière et polycyclique.

Si étendues que soient ces pertes de substance, les phénomènes subjectifs peuvent être nuls, la constatation en est des plus nettes dans les observations publiées. Nous n'avons observé de douleurs que dans les cas où l'ulcération envahissait un orifice (oreille, anus) ou une partie du corps exposée aux frottements (pli génito-crural). En général, ni douleur, ni prurit, tout au plus une sensation de picotement (Doutrelepont). Le plus souvent localisée au revêtement cutané, l'affection peut atteindre la muqueuse buccale. Le malade de Hallopeau, le mien ont été atteints à diverses reprises d'ulcérations déchiquetées et blanchâtres siégeant sur la joue, les lèvres ou les amygdales.

Les phénomènes infectieux concomitants sont des plus intéressants et des plus nombreux.

Une élévation de température, quelquefois intense, accompagnée de céphalée et de fatigue générale, précède ou accompagne les éruptions. Dans l'un des cas de Janowski et Mourek, la malade était arrivée à l'hôpital avec 41° et un état général, qui fit croire à de la variole hémorrhagique. Dans le deuxième cas les auteurs signalent des frissons et une température de 40° ; le malade de M. Hallopeau eut au début une poussée fébrile d'une huitaine de jours (39°,4 comme maximum) ; le mien fut atteint d'une série de poussées analogues, avec température oscillant entre 38° et 39°, d'une durée de 5 à 6 jours chacune, correspondant très exactement au début de chacune des éruptions.

Les adénites sont fréquentes, inflammatoires ou suppurées. Le malade de M. Hallopeau fut successivement atteint de suppurations sous-maxillaires et sous-claviculaires. Le mien présentait à chaque poussée une hypertrophie très douloureuse des ganglions sous-maxillaires ou axillaires.

Je trouve également :

Des angines phlegmoneuses à répétition et de l'hypertrophie amygdalienne. Dans les deux cas, les amygdales ont suppuré et l'incision a été nécessaire ;

Un état érysipélatoïde assez spécial de la face, sans tracé thermique bien typique, mais avec envahissement de l'oreille et de la région péri-auriculaire par une sorte de dermite douloureuse persistant une dizaine de jours, avec phénomènes généraux atténués (céphalée, anorexie, fatigue générale, etc.); des abcès sous-cutanés multiples (Janowski et Mourek).

Je note enfin que mon malade souffrait pendant toute la durée de la septième poussée d'une épididymite aussi nette que douloureuse, sans la moindre concomitance d'uréthrite.

La maladie procède par poussées, c'est là un fait affirmé par tous les auteurs qui ont pu suivre leurs malades (Doutrelepont, Rothmann, Janowski et Mourek, etc.); les poussées sont généralement très rapprochées et empiètent même les unes sur les autres. Elles sont d'intensité très variable, bornées quelquefois à quelques boutons sur un point limité du corps ; ou bien envahissant d'emblée tout un segment, membre supérieur, région lombaire, cuisse, etc., ou bien enfin se disséminant sans ordre sur les points les plus éloignés de l'épiderme. En somme, aucune régularité dans le mode d'apparition qu'aucune cause appréciable ne peut faire prévoir.

En sorte qu'au bout de quelque temps le malade présente à l'œil le spectacle le plus varié, toutes les lésions décrites pouvant se retrouver en même temps sur sa peau, depuis l'ulcération profonde et purulente, véritable gomme, jusqu'à la cicatrice blanche et atrophique au centre, infiltrée et rouge à la périphérie, veinée de bleu et de rose, striée de bandes scléreuses, quelquefois piquée de ci et de là d'une nouvelle plaque gangreneuse qui évoluera pareillement.

Diagnostic.

Si la première efflorescence est unique, si elle est accompagnée de fièvre, on peut songer à une pustule maligne. Dans notre cas la localisation à la face de ce premier bouton et l'intensité des phénomènes généraux avaient un instant éveillé cette idée. L'aspect objectif et l'apparition rapide des autres plaques l'écartent sans peine.

Limitée à une seule région, l'éruption ressemble à un zona gangreneux, ou à une trophonévrose zostériforme, nom donné par M. Hallopeau à cette maladie dans sa première présentation (1894). Les poussées consécutives, la dissémination des lésions sans ordre, sur les territoires les plus éloignés, n'est pas compatible avec l'idée d'une trophonévrose ou d'une affection limitée à un territoire nerveux.

La limitation à la face de l'affection pourrait encore faire songer à

une éruption nécrotique des orifices folliculaires, bien étudiée par Bœck sous le nom d'acné nécrotique, dont le siège ordinaire est la lisière des cheveux, la racine du nez, les sillons nasaux, les régions acnéiques en général. La lésion débute uniformément par une petite pustule centrée d'un poil, avec extension de la rougeur et gangrène centrale consécutive. Affection d'ailleurs rare, limitée à la face, et n'ayant jamais le degré d'extension des gangrènes primitives.

En pareil cas, on a souvent incriminé l'hystérie. Trop souvent même, car j'ai trouvé dans le mémoire de Janowski et Mourek quelques cas où l'étiologie hystérique paraissait invoquée à défaut de toute autre. On doit rechercher soigneusement les stigmates et toute autre manifestation possible de l'hystérie. De plus, le caractère des plaques n'est pas le même. La plaque hystérique est de prime abord livide, exsangue, blanche, insensible à la piqûre, puis secondairement se fait la séparation, le sillon éliminateur, l'escarre, à moins que tout ne rentre auparavant dans l'ordre. On ne retrouve pas l'allure inflammatoire, ecthymateuse et croûteuse des lésions que je viens d'étudier.

Il ne s'agit pas de misère physiologique. Les malades sont en général de solides gaillards que plusieurs mois de poussées gangreneuses n'arrivent pas à affaiblir — et qui jouissent, dans les intervalles, d'une santé excellente.

L'examen des urines élimine le diabète.

L'ensemble des lésions évoque surtout l'idée d'ecthyma syphilitique. La guérison centrale des vieilles plaques, leur circination, les infiltrations tuberculeuses de la périphérie, sont autant d'indéniables points de ressemblance. Quelques spécialistes français ou étrangers auxquels je montrais mon malade n'ont d'ailleurs pas hésité à un premier examen à le qualifier de syphilitique, malgré l'absence absolue des antécédents rigoureusement fouillés. Je crois même que le nombre des gangrènes ecthymateuses primitives de la peau augmentera considérablement le jour où on ne les fera plus systématiquement spécifiques.

Or l'évolution n'est pas celle des syphilides, malgré leur spontanéité et leur indolence relative ; la poussée, précédée et accompagnée de phénomènes fébriles, de céphalées, d'engorgements ganglionnaires douloureux ou suppurants, d'inflammation de diverses glandes, indique une infection tout autre que la syphilis. De plus, il est fort rare de voir des syphilides persister pendant deux ans avec ce même caractère de plaque gangreneuse, et une évolution aussi systématique dans ce sens. Que quelques ecthymas syphilitiques se gangrénisent, le fait n'est pas une rareté ; mais la durée de l'éruption, le nombre des éléments nécrotiques, l'uniformité de leur évolution ne se retrouvent pas dans la syphilis. En somme, sans nier les points nom-

breux de ressemblance objective qui existent entre ces deux affections, je crois qu'en présence de plaques inflammatoires ou gangreneuses infiltrées ou d'ecthyma disséminé, on doit rigoureusement suivre l'évolution des poussées et connaître les phénomènes concomitants avant d'affirmer l'origine syphilitique. Le traitement mercuriel pourra être essayé. Chez nos malades il n'a pas donné de résultats.

Anatomie pathologique.

I. — Examen de Janowsky et Mourek (troisième cas).

Un grossissement même minime permet d'apprécier des modifications de l'épiderme, du derme et du tissu conjonctif souscutané.

La dilatation des lymphatiques est très considérable en certains points, particulièrement dans la couche profonde, stratum réticulaire, moindre dans le stratum papillaire. Les vaisseaux sont dilatés partout. Une infiltration abondante se montre le long des vaisseaux et forme autour des glandes sébacées et des follicules des nids ronds très considérables. La limite des glandes sudoripares et sébacées n'est pas nette.

L'infiltration est essentiellement constituée par des cellules rondes et quelques cellules épithéliales plus grosses. Au centre, quelques cellules épithélioïdes.

L'épithélium est modifié. Les cellules de la couche basale sont pigmentées fortement. Elles ont une forme cylindrique allongée, ne se colorent pas et sont, par places, méconnaissables. La forme des cellules de la couche de Malpighi est également modifiée. On constate en de nombreux endroits des leucocytes. Les cellules ont perdu leur forme polygonale caractéristique et sont devenues rondes. Le protoplasma est très granuleux. Le noyau est bien distinct, unifornément teinté au centre et à la périphérie, avec des nucléoles bien colorés et de grande dimension.

II. — Examen du cas de Hallopeau et Le Damany (par M. Darier). Au milieu de la pièce se trouve une escarre comprenant l'épiderme et une bonne partie de l'épaisseur du derme. Elle est entourée, au voisinage de la surface du moins, par un tissu de granulation.

Au delà de la zone où se fait le travail d'élimination, et, en outre, dans l'hypoderme sous-jacent à l'escarre on voit :

A. — Une inflammation diffuse du tissu dermique et sous-dermique.

B. — Des foyers et des traînées embryonnaires.

A. — L'inflammation diffuse s'accuse par une infiltration abondante d'éléments jeunes et de cellules rondes, entre les faisceaux conjonctifs qui sont tuméfiés et entre les cellules adipeuses plus ou moins atrophiées. Cette infiltration s'étend jusqu'aux limites de la pièce.

B. — Au milieu de ces tissus enflammés et notamment dans les parties moyennes et profondes du derme se trouvent des amas de cellules embryonnaires vivement colorés. Dans ces amas on voit presque toujours la coupe d'un ou de plusieurs vaisseaux, artérioles à parois épaissies et presque oblitérées, veinules thrombosées ou des groupes de canaux sudoripares.

Il y a donc des lésions endo et périvasculaires importantes, lesquelles paraissent avoir constitué le fait capital et déterminé la gangrène partielle, les lésions sont vraisemblablement d'origine infectieuse.

III. — Cas personnel. Examen de M. le professeur agrégé Paviot. La lésion est caractérisée par une dermite à petites cellules, avec altérations très profondes de l'épiderme au niveau de la plaque. Les cellules inflammatoires, petites, rondes, ont néanmoins toutes déjà un protoplasma granuleux un peu jaunâtre, assez fragile. Elles sont surtout abondantes dans les papilles et dans les couches superficielles du derme.

Les cellules n'ont aucune prédilection pour les glomérules sudoripares ou pour les bulbes pileux. Tout est envahi au centre de la plaque. Mais, en examinant à la périphérie, on voit que les cellules rondes se placent dans tous les espaces où il y a normalement un tissu connectif plus lâche qu'ailleurs, c'est-à-dire autour des vaisseaux, autour des fascicules des arrectores pilorum. Mais, en particulier à la périphérie, l'atmosphère qui entoure les bulbes pileux ou les glomérules sudoripares n'est pas plus particulièrement envahie.

En somme, la distribution de la lésion paraît réglée surtout par les vaisseaux, comme le prouve la forme en cocci de la plupart des cellules rondes.

L'épiderme offre, dès la périphérie de la plaque, des signes d'hyperplasie, de l'allongement des bourgeons interpapillaires ; au centre même de la plaque l'épiderme s'amincit ainsi que la couche de cellules cornées, le corps muqueux de Malpighi tend à perdre sa différenciation dans la profondeur où il est en contact avec l'infiltration de cellules rondes. Enfin, en surface, au voisinage du centre de la plaque apparaissent quelques petits points en foyers ovales sur les coupes où il s'est produit de la vacuolisation des cellules malpighiennes, ce qui détermine de petits disques à contenu granuleux entre le corps muqueux et le stratum corneum.

Étiologie. — Pathogénie.

Par définition, je laisse de côté les gangrènes cutanées attribuables à des diathèses. Tout malade diabétique ou syphilitique est éliminé. J'élimine également de ce cadre ceux dont les antécédents hysté-

riques sont démontrés, et aussi les cas, infantiles surtout, où la misère physiologique peut être incriminée.

En sorte que nous restons en présence de malades antérieurement bien portants, jouissant même jusque-là d'une robustesse exceptionnelle, sur laquelle insistent les auteurs (Doutrelepont, Janowski et Mourek, cas personnel). Aucune tare, héréditaire et acquise, aucune diathèse, et même aucune prédisposition aux affections cutanées.

Le seul fait précis est la fréquence d'un traumatisme précédant l'éruption de quelques jours, quelquefois de quelques semaines. Ce peut être une brûlure par un acide (Bayet, Kolb), ou par de l'eau bouillante (Hebra, Quinquaud). D'autres fois c'est une coupure, tel mon malade, ou une piqûre avec une faux (Janowski et Mourek, deuxième cas), une aiguille (Doutrelepont, Wælsch), un insecte peut en être la cause (Janowski et Mourek, troisième cas).

Que cette blessure serve de porte d'entrée à un microbe, que ce microbe soit spécifique, l'allure générale de la maladie autorise cette hypothèse. Aussi a-t-on toujours fait avec soin l'examen bactériologique des exsudats. Trois résultats sont positifs, mais différents. Demme a trouvé un bacille qu'il considère comme spécifique dans le contenu des bulles et les exsudats escarrotiques. L'inoculation a donné naissance à des plaques semblables.

Rotter a décrit dans le liquide des éléments pustuleux un bacille gros et court se rapprochant de celui de la morve. L'inoculation au lapin et à l'homme a donné des résultats positifs.

Wælsch signale également la présence en grande abondance dans les foyers nécrotiques d'un bâtonnet court dont les cultures étaient très pathogènes pour les animaux.

Le peu de ressemblance des descriptions autorise le doute. D'ailleurs les examens bactériologiques négatifs abondent. Les recherches répétées de Doutrelepont, Janowski et Mourek, Hallopeau et Le Damany, Brocq, les nôtres ont été absolument sans résultats, même après emploi de la technique indiquée par les auteurs.

En somme, bien que réduits aux hypothèses, nous pensons que cette affection présente tous les caractères d'une maladie infectieuse à détermination nécrotique, peut-être spécifique et inoculable. Réunissant les notions acquises, étiologiques, cliniques et expérimentales, nous pouvons appuyer cette affirmation de quelques preuves :

1° La fréquence d'une blessure au début de l'affection, fait banal, mais trop souvent relevé pour être expliqué par une simple coïncidence.

2° L'apparition spontanée de plusieurs efflorescences en des points très différents, éloignés de la porte d'entrée, et l'évolution par poussées quelquefois localisées à une région, quelquefois très disséminées.

3° La concomitance avec ces poussées de divers phénomènes d'ordre infectieux.

a. Fièvre plus ou moins forte, soit sous la forme de poussées aiguës et passagères à 40°,4 (Janowski et Mourek, deuxième cas), soit persistante au début à 41° et nouvelle ascension à 39° trois mois après (Janowski et Mourek, premier cas), soit enfin renouvelée et oscillant une huitaine de jours entre 38° et 39°, pendant quelques poussées (Hallopeau et cas personnel). Céphalée concomitante précédant quelquefois l'éruption, et résistant aux traitements ordinaires.

b. Inflammation et suppuration ganglionnaire. Adénite axillaire, suppurée, gonflement sus-hyoïdien (Hallopeau), plusieurs adénites sous-maxillaires, adénites cervicales (cas personnel).

c. État érysipélatoïde de la face, survenu à l'occasion d'une poussée, avec fièvre et état général mauvais (Hallopeau et cas personnel).

d. Inflammation et suppuration glandulaires, à répétitions : abcès sous-cutanés (Janowski et Mourek), angine (Hallopeau), amygdalites phlegmoneuses, épididymite (cas personnel). L'épididymite vient de se terminer tout récemment par la suppuration.

4° L'infiltration abondante de cellules rondes dans les papilles et les couches superficielles du derme, leur ordonnance par rapport aux vaisseaux, l'importance des lésions endo et péri-vasculaires sont autant de preuves fournies par l'anatomie pathologique.

5° La propagation probable par auto-inoculation que semblent prouver jusqu'à présent :

a. Les trois cas de Demme, concernant trois frères et sœurs vivant sous le même toit.

b. Les greffes gangreneuses survenues sur les biopsies faites par M. Hallopeau et sur les miennes.

c. Les inoculations réunies de Demme, de Rotter et de Wælsch. En somme, il semble hors de doute que l'on soit en présence d'une maladie infectieuse. Mais il n'est pas encore possible d'affirmer positivement son caractère spécifique ni les conditions de sa contagiosité.

Pronostic et Traitement.

Dans quelques cas aigus, à température immédiatement élevée, à gangrénisation rapide (deux cas de Janowski et Mourek) la guérison s'obtint en deux et trois mois. Mais, quand l'affection a son allure habituelle subaiguë ou chronique avec poussées de temps à autre, il est impossible de lui fixer un terme. Parmi les malades typiques (Doutrelepont, Rothmann, Janowski et Mourek, Hallopeau, etc.) aucun n'est sorti guéri de l'hôpital. Revus un an après et même plus, ils présentaient toujours de nouvelles efflorescences, sans grand changement de l'état général. Cependant, sans beaucoup

perdre de sa force musculaire, mon malade a considérablement maigri (15 kilogrammes en un an et demi) et je ne sais encore quelle sera la terminaison. Je n'ai pas vu signaler de cas de mort pour ces formes types, même chez des personnes âgées.

Jusqu'aujourd'hui, le traitement ne peut être que symptomatique. L'iodure de potassium, l'arsenic à hautes doses, les injections de sérum ne m'ont donné aucun résultat. L'essentiel est de tenir le malade aussi propre que possible, et de pommader les efflorescences tant qu'elles sont à l'état croûteux. Dès que l'ulcération est faite, la nettoyer et la cautériser, au chlorure de zinc par exemple, jusqu'à disparition de la couche couenneuse et purulente qui la tapisse. Puis quelques pansements humides au sublimé, suivis de pansements secs poudrés, dès que le bourgeonnement se manifeste. L'emplâtre de Vigo nous a quelquefois rendu de grands services, étant données la multiplicité des plaques et la position gênante de quelques-unes d'entre elles. Traiter au fur et à mesure de leur apparition les localisations inflammatoires et les poussées fébriles.

LE DURILLON RÉTRO-MALLÉOLAIRE DE LA FEMME

Par M. **Belot**, externe des hôpitaux.

(Travail du service du Dr L. Brocq, a l'hôpital Broca Pascal.)

Planche III.

En examinant les femmes qui sont hospitalisées dans le service de M. le Dr Brocq, à l'hôpital Broca, nous avons remarqué qu'un certain nombre d'entre elles présentent une sorte de durillon sur les malléoles tibiales.

A l'instigation de notre cher Maître, nous avons réuni quelques-unes de ces observations, avec photographies, et ce sont ces documents que nous publions aujourd'hui.

Nous ne croyons pas que ces faits aient été signalés. Un ouvrage récent parle bien d'ulcérations produites par le sabot, chez les fileuses de lin en Belgique (1), mais ce n'est pas là la lésion que nous avons rencontrée.

Rappelons tout d'abord succinctement l'anatomie osseuse de la région, puis nous décrirons la lésion que nous y avons observée.

La face interne du tibia se prolonge en bas en une apophyse épaisse, aplatie de dedans en dehors : la malléole interne. Elle répond par sa face interne à la peau, sous laquelle sa saillie est facilement appréciable.

La face externe de la malléole, qui présente une surface articulaire se continuant à angle légèrement obtus avec la surface articulaire de la base de l'extrémité inférieure du fémur, ne présente pour nous aucun intérêt.

Le bord postérieur de la malléole est une véritable face creusée en gouttière qui continue la gouttière du jambier postérieur située sur la face postérieure de l'extrémité inférieure du fémur.

Le bord antérieur, épais et arrondi, présente quelques rugosités d'insertions ligamenteuses. Sur le sommet tronqué se trouve une échancrure dans laquelle prennent attache les faisceaux postérieurs de l'appareil ligamenteux interne tibio-tarsien.

C'est sur cette région que se développe la lésion que nous avons observée. Elle présente les caractères suivants :

Au début, chez les quelques malades où nous avons pu l'étudier,

(1) D. Glibert. *Les filatures de lin*, 1902, p. 311.

il y a un peu de rougeur des téguments, accentuée surtout sur la partie postérieure de la malléole. Puis cette zone rouge se fonce, et il se forme une petite induration large, au début, comme une tête d'épingle, légèrement croûteuse. Cela demande une huitaine de jours, et s'établit presque sans douleur. C'est tout au plus si, à la période de rougeur, il y a au toucher une légère augmentation de la sensibilité.

La lésion ne tarde pas à augmenter, surtout si la malade marche beaucoup, et elle arrive à la période d'état, où la représentent nos photographies.

On voit alors, dans une zone habituellement située en arrière et légèrement en bas de la malléole interne (empiétant même parfois sur celle-ci), une sorte d'induration présentant soit la forme nummulaire, soit une forme elliptique, à grand axe dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. Le diamètre varie de six millimètres à neuf ou dix millimètres ; nous ne l'avons pas vu dépasser cette dimension.

La peau de cette région a complètement changé d'aspect : elle est devenue brune ou gris foncé, il s'est formé un durillon. L'épiderme fait légèrement saillie, sa surface est irrégulièrement fendillée et prend un aspect papillomateux. Il est dur, sec, desquame facilement. Le grattage produit une poussière blanchâtre et laisse à découvert une surface comparable à celle de la verrue, mais beaucoup moins saillante. La peau épaissie a perdu sa souplesse, sans cependant jamais adhérer aux plans profonds.

Tout autour de cette plaque on voit souvent une légère rougeur de la peau, entourant en cocarde le durillon.

Ce durillon se présente tantôt à droite, tantôt à gauche, souvent des deux côtés, mais il acquiert rarement un développement égal des deux côtés. Il semble même qu'il soit souvent plus étendu à gauche qu'à droite.

Ajoutons, enfin, que cette lésion ne gêne nullement les femmes qui en sont atteintes, qu'elle s'établit le plus souvent sans douleur, et que quelques-unes des malades que nous avons examinées ne s'en étaient jamais aperçues. Ce fait explique les lacunes de nos observations et aussi la difficulté qu'il y a à en établir la pathogénie.

Observation I. — Blanche P..., âgée de 18 ans, exerce la profession de journalière.

Le 2 novembre 1901, elle sort de l'hôpital Broca, où elle avait été soignée pour un chancre simple de la région anale et des hémorroïdes. Elle était restée couchée une dizaine de jours. A ce moment elle n'avait sur les chevilles aucune induration visible.

Trois jours après être sortie de l'hôpital, c'est-à-dire le 5 novembre, elle va au bain, et elle s'aperçoit qu'elle a une petite croûte (de la grosseur d'une tête d'épingle, avec un peu de rougeur périphérique) sur la région

rétro-malléolaire interne (et cela des deux côtés). Elle n'éprouve du reste aucune douleur.

Pendant ces trois jours la malade a marché beaucoup, et portait aux pieds des souliers neufs, genre Richelieu (très bas). Elle a remarqué qu'elle se frappait les chevilles en marchant, qu'elle s'entravait, surtout quand, ayant une longue course à faire, elle voulait hâter le pas.

Puis, elle continue à marcher beaucoup, en portant toujours des souliers découverts. Elle fait deux fois par jour le trajet de la place d'Italie au Châtelet, et en plus, comme elle est journalière, elle est debout une partie de la journée et fait les différentes courses qu'on lui commande.

Peu à peu, la lésion augmente, l'induration s'étend et devient apparente.

A l'examen actuel, les malléoles sont légèrement saillantes, surtout le tubercule postérieur. A cet endroit on voit une induration cornée de la peau, avec desquamation passagère, sans trace de douleur. La peau est pigmentée au centre de la lésion, rouge vineux à la périphérie, avec décroissance progressive de teinte, du centre à la périphérie.

L'induration, de forme elliptique, mesure à peu près, comme grand diamètre, $0^{cm},8$ à $0^{cm},9$. La marche de la malade est à peu près normale. Les souliers sont usés en dehors, fortement sur la face externe, ce qui semble indiquer que la malade, craignant toujours la rencontre de ses malléoles l'une contre l'autre, cherche à corriger cet état, en appuyant le poids de son corps sur le bord externe de ses pieds.

Obs. II. — P..., couturière, âgée de 19 ans, entrée salle Natalis Guillot, nº 13. Outre les accidents spécifiques qui l'obligent à rentrer à l'hôpital, elle présente une induration sur les deux régions malléolaires internes.

La malade exerce la profession de couturière. Elle fait deux fois par jour, pour se rendre à son atelier, le trajet de la rue Saint-Antoine à la rue du Caire. En plus, elle fait les courses que lui commande sa patronne. Elle est très souvent pressée, marche vite et se fatigue.

Cependant, elle n'a pas remarqué que ses pieds s'entravent en marchant; mais elle dit bien que quelquefois ses chevilles frottent l'une contre l'autre, surtout quand elle accélère le pas. Au moment de l'examen, elle présente à gauche un durillon, sur la région rétro-malléolaire interne. Cette induration, légèrement elliptique, mesure à peu près $0^{m},007$ comme grand diamètre, mais au lieu d'être située légèrement en dessous de la malléole, elle est plutôt en dessus. A droite la lésion est identique, mais le durillon est placé un peu plus en arrière de la malléole que du côté gauche.

La photographie représente du reste le pied gauche, et donne une idée exacte de la situation du durillon. Des deux côtés la peau est épaissie, fendillée, quadrillée, dure et squameuse.

En plus, à gauche, dans l'espace compris entre le durillon et le bord postérieur du pied, et sur une ligne parallèle à la surface plantaire, on remarque de la rougeur avec de petites indurations isolées. A un centimètre du bord postérieur du pied, la peau est normale. Ces transformations du derme augmentent progressivement, du bord postérieur du pied au durillon, qui en est le point terminal.

Il semble que dans la marche, la malléole droite vient frotter sur la

partie interne du pied gauche et laisse sur la région comprise entre le bord postérieur de la jambe et la malléole gauche, la trace de son passage.

Serait-ce là un processus expliquant la pathogénie du durillon?

On note encore, à gauche, au-dessous de la saillie malléolaire, en un point se trouvant à peu près sur l'axe de la jambe, les vestiges d'un traumatisme léger, avec croûtelle centrale et rougeur périphérique.

La malade raconte qu'il y a 3 semaines, elle s'aperçut qu'elle avait là une espèce de bouton, rouge, saillant, gros comme une petite tête d'épingle en verre. Il n'y avait aucune douleur. La malade s'amusa à le gratter, l'excoria et c'est ainsi que, peu à peu, la lésion prit l'aspect que représente la photographie. Peut-être sera-ce le point de départ d'un nouveau durillon?

Quant aux durillons que nous avons constatés, la malade n'en a jamais souffert, et c'est tout juste si elle s'en est aperçue.

La marche de la malade ne présente rien de bien spécial. Elle porte des souliers découverts; elle a remarqué que ceux-ci étaient toujours usés en dedans et surtout du talon. Par suite, la malade marche avec le pied légèrement tourné, la plante tendant à regarder en dehors, ce qui a, peut-être, pour effet de rendre les malléoles plus saillantes et d'en faciliter le frottement, au moment de la marche.

Obs. III. — Regina S..., âgée de 17 ans, entre à l'hôpital le 24 octobre 1901, salle Natalis Guillot, pour un accident spécifique primitif datant d'un mois.

Outre son affection générale, elle présente du côté des malléoles internes une lésion spéciale. On remarque, légèrement en arrière des malléoles, une modification de la peau, avec induration, saillie et légère desquamation. Elle présente donc un durillon. Cette lésion, plus accentuée à gauche qu'à droite, est absolument indolore.

Cette malade exerce la profession de brocheuse.

Le début de son affection semble remonter à 2 ou 3 ans. A cette époque elle travaillait comme gymnaste au cirque Medrano. Pendant une répétition, elle s'exerçait à faire sur le trapèze des rétablissements, quand elle manqua son coup, et sa malléole gauche, par suite de l'impulsion acquise, vint frapper la barre du trapèze. Elle eut en cette région un peu d'œdème avec rougeur et douleur. Les frictions et massages amenèrent vite une modification et une amélioration.

Cependant elle constate qu'à cette époque il existe toujours un peu de rougeur dans la région rétro-malléolaire. Complètement rétablie de ce léger accident, elle quitte Medrano et reprend sa profession de brocheuse.

Elle remarque, que petit à petit, en marchant, la rougeur rétro-malléolaire cède la place à de l'induration avec épaississement, craquelage de la peau et changement de coloration des téguments : le durillon s'établit.

La malade insiste sur ce point, qu'elle frappait en marchant la cheville droite contre la gauche; elle s'entravait quand, pressée, elle voulait marcher plus vite, ou courir. Elle éprouvait, au moment des chocs bi-malléolaires, un peu de douleur.

En plus, la malade raconte que dans la position assise elle exécute, inconsciemment, avec son pied droit un double mouvement d'avant en

arrière et d'arrière en avant, en faisant frotter celui-ci contre le pied gauche; il s'ensuit forcément que la malléole droite vient frotter tout le plan malléolaire gauche. Il faut remarquer cependant que, dans ce mouvement, c'est la malléole active (la droite) qui est le moins atteinte, tandis que la gauche qui subit le traumatisme présente un durillon très marqué.

La malade porte en ce moment des souliers découverts (dits Richelieu), qui ne peuvent avoir aucune influence directe sur la production des durillons, car leur limite supérieure est située bien au-dessous de la région atteinte et ne peut y parvenir dans aucun mouvement. Elle a du reste toujours porté des souliers de ce genre, car, dit-elle, depuis son accident les bottines lui occasionnent de la douleur à la cheville.

Il semble donc, dans ce cas, que le traumatisme a été le point de départ de cette lésion, qui s'est développée ensuite à l'occasion de la fatigue et de la marche.

Les souliers découverts (de mauvaise fabrication) en ne protégeant pas la jambe, en ne maintenant pas le pied rigide et en bonne direction, n'ont certainement pas été sans favoriser la production de cette affection.

Il faut enfin remarquer que depuis un an, ces durillons sont restés à peu près stationnaires et indolores, n'occasionnant chez la malade qu'une gêne esthétique.

Obs. IV. — Julia A..., 15 ans, exerce la profession de blanchisseuse; elle se tient debout autour de sa table de 8 heures du matin à 7 heures du soir. En plus, elle a dix minutes de chemin pour se rendre à son atelier et marche toujours très vite.

Elle présente à gauche un durillon volumineux, situé en arrière de la malléole, et mesurant environ 1 centimètre de large sur 1 centimètre 1/2 de haut. La peau est indurée, desquamée, fendillée, colorée en noir, et formant un léger relief. Il n'y a pas de rougeur périphérique.

A droite, la lésion commence à peine. La peau est indurée par places, et légèrement saillante. Elle se laisse enlever par le grattage, et par-dessous on aperçoit une surface normale. La lésion semble purement kératosique.

En interrogeant la malade, on apprend que sa lésion a commencé il y a 5 ou 6 mois. Elle était moitié moins grosse, dit-elle, et elle a essayé de la faire disparaître en la grattant. Le durillon n'est pas parti, au contraire.

Remarquons en passant, que c'est au pied gauche qu'est apparu le premier durillon.

La malade raconte qu'elle frappe souvent ses pieds l'un contre l'autre en marchant, et cela aurait également lieu quand elle repasse. Il n'y a jamais eu la moindre douleur.

La malade porte ordinairement des souliers montants, lacés; la doublure en est déchirée au niveau de la malléole, et le cuir indique, par son état, un frottement répété.

La semelle des souliers est usée en dedans; le talon en arrière.

La marche de la malade ne présente rien de spécial.

Obs. V. — A. B..., couturière, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital, salle Natalis Guillot, n° 46, pour une affection spécifique.

Elle présente au pied gauche un durillon. Celui-ci est situé dessus et en

arrière de la malléole interne. Le point médian, situé un peu en arrière de la malléole tibiale, est légèrement rouge, on y voit un peu de desquamation avec augmentation des plis de la peau.

A droite il y a un peu d'induration sur la même région ; elle est ovoïde, à grand axe parallèle au plan du pied ; elle est moins marquée que de l'autre côté, et est située en arrière du milieu de la malléole.

Il n'y a jamais eu de douleur.

En plus, la malade présente deux durillons sur le cou-de-pied, qu'elle attribue (avec raison) à la mauvaise conformation de ses bottines.

Cette malade marche peu et est assise une partie de la journée. Dans cette position, elle a un petit banc sous ses pieds. On ne peut savoir s'il y a eu chez elle frottements des deux pieds l'un contre l'autre, comme beaucoup d'ouvrières ont l'habitude de le faire, inconsciemment du reste.

Depuis 6 mois, elle porte des bottines ; mais l'été elle a des souliers découverts. Ses bas ne sont pas usés à la région malléolaire.

En marchant, elle ne s'entrave pas les pieds ; mais on remarque, en lui faisant accélérer le pas, qu'il y a parfois choc d'une malléole contre l'autre.

Celles-ci sont du reste, un peu anguleuses et un peu saillantes. La marche semble normale.

Obs. VI. — Lucie J..., 19 ans, exerce depuis un an la profession de boutonnière ; elle était modiste auparavant.

Elle marche pendant 20 minutes pour se rendre à son atelier.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur le début de ses durillons. Ne s'observant pas, elle ne s'en est jamais aperçue. Il n'y a pas eu de douleur.

Elle présente à gauche une induration rétro-malléolaire. Ce durillon commence au point le plus saillant de la malléole, et s'étend en arrière sur une longueur de 1 centimètre 1/2, avec une largeur moyenne de 1 centimètre.

La peau présente l'aspect déjà décrit. Il y a de la rougeur sous-jacente ; mais pas de modification périphérique des tissus.

A droite, la lésion est plus accusée ; elle est plus haute et moins large, de forme triangulaire, et occupe une place symétrique. Au-dessous de la lésion, la peau est d'un rouge foncé.

En marchant, la malade a remarqué qu'elle frappe ses chevilles l'une contre l'autre, surtout quand elle est pressée.

Les malléoles sont peu saillantes, quoique cependant la malléole gauche paraisse plus volumineuse que celle de droite.

La marche est normale.

La malade a toujours porté des souliers découverts (dits Richelieu).

Ceux-ci sont usés en dedans, surtout la face interne de l'empeigne. Cette usure est due au frottement des pieds l'un contre l'autre. Les souliers sont tordus en dedans.

La semelle est usée en dedans ; le bord interne a disparu presque complètement.

Obs. VII. — Mathilde G..., âgée de 20 ans, est domestique. Elle exerce, depuis 5 mois, sa profession au 3e étage ; elle est debout une partie de la journée.

Elle n'avait jamais remarqué les durillons qu'elle présente.

Elle porte toujours des souliers découverts et ne peut préciser si elle use en dehors ou en dedans. On ne peut rien constater sur les souliers qu'elle a aux pieds au moment de l'examen.

Elle raconte qu'elle frappe ses chevilles en marchant, et que cela lui fait mal.

Cependant, étant jeune et habitant la campagne, elle dit que ses « chevilles étaient toujours en sang ». Elle portait alors des sabots. Ces lésions n'étaient pas dues à un frottement produit par le sabot, mais bien, dit la malade, à ce qu'elle se frappait les chevilles en marchant vite, ou en courant.

Au pied droit, elle présente un épaississement de la peau avec pigmentation, rougeur, desquamation, fin quadrillé... à la place habituelle. Ce durillon mesure 1 centimètre de diamètre environ.

A gauche, il est un peu plus marqué ; la desquamation plus abondante. Le grattage produit une poussière blanchâtre, la peau sous-jacente est rouge violacé.

Les jambes de la malade, au lieu d'avoir sensiblement la direction du fil à plomb, présentent une courbe à concavité interne. Par contre, le pied repose normalement sur le sol. Il y a donc inclinaison, en dehors, de la jambe sur le pied, et cela des deux côtés. Cette particularité a pour effet de rendre saillantes les malléoles internes, et par suite de les exposer au traumatisme.

Quelle peut être la cause de ces durillons? Telle est la question que nous devons maintenant nous poser.

Disons d'abord qu'il est très difficile de surprendre ce durillon en formation et d'en étudier la pathogénie. Il évolue sans douleur, il est souvent peu apparent ; on comprend donc que les malades ne s'en aperçoivent pas et surtout qu'elles ne puissent donner de renseignements sur l'évolution.

Il est un fait qui ressort des observations précédentes, c'est qu'il y a presque toujours un traumatisme comme point de départ du durillon.

Quelquefois c'est un accident d'intensité moyenne (exemple : le choc sur le trapèze de l'observation III). Le plus souvent, c'est simplement la rencontre des deux malléoles qui semble en être l'origine.

C'est presque toujours chez des femmes qui marchent beaucoup, qui parfois même sont obligées de courir, qu'on le rencontre dans son maximum de développement.

Une ouvrière vient de se reposer quelques jours ; elle reprend ses occupations, elle est surmenée, fait de longues courses, se fatigue. Le premier jour, tout va bien. Le second, elle remarque qu'elle s'entrave en marchant, que ses chevilles frappent l'une contre l'autre. Elle n'y attribue aucune importance ; elle continue. C'est tout au plus si, au moment du choc malléolaire, elle ressent un peu

de douleur. Peu à peu la peau, de rouge qu'elle était, s'indure, prend un aspect corné. Au bout de huit jours, le durillon commence à apparaître; quinze jours après, il est complètement établi.

Il faut remarquer que ce durillon existe, presque exclusivement, chez des personnes qui portent des souliers découverts (dits Richelieu). On peut même dire que ces souliers sont, en général, de mauvaise fabrication (résultat des observations). Ces souliers, dont le bord supérieur (à l'entrée) s'arrête à un centimètre environ au-dessous du bord inférieur de la malléole, facilitent, à notre avis, le développement de cette lésion.

Écartons d'abord une pathogénie qui, à première vue, semble toute indiquée. On pourrait croire que le bord du soulier en frottant la région malléolaire est cause du durillon. Ce serait là une erreur absolue. Sur toutes les malades que nous avons examinées, le bord supérieur du soulier (entrée) n'arrive qu'à un centimètre ou deux au-dessous du bord inférieur de la malléole. En plus, dans aucune position normale, ce bord ne peut atteindre la région où se développe cette lésion.

Le soulier, du moins le soulier découvert, ne protège donc pas, n'atteint pas la malléole. On comprend que rien, sauf le bas, ne peut amortir le traumatisme, de quelque ordre qu'il soit. Avec la bottine montante, au contraire, la tige du soulier arrête le choc et amortit le frottement des deux malléoles dans la marche précipitée, lorsque les pieds viennent à s'entraver.

Mais il est une autre raison pour làquelle nous croyons que le soulier découvert a une grande influence sur le développement de ce durillon.

Tout le monde admet que la bottine montante maintient le pied, dans sa position favorable, en soutenant l'articulation tibio-tarsienne; et de ce fait, facilite la marche et diminue la fatigue. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que les touristes, soldats, explorateurs, portent tous, pour la marche, le soulier montant!

On comprend alors que la femme qui marche beaucoup avec des souliers découverts, fatigue son articulation tibio-tarsienne, puisqu'elle n'a aucun adjuvant pour la soutenir latéralement.

La fatigue augmentant, l'articulation perd sa souplesse, ses ligaments peuvent se relâcher. Le fait que la plupart des malades observées usent leurs chaussures (semelle) sur le bord interne, semble indiquer que la voûte plantaire ne pose plus d'aplomb sur le sol? Le pied doit alors regarder très légèrement en dehors : il tend à devenir valgus. Cette déviation a rendu plus apparentes les malléoles. Le point d'appui du corps sur le sol, étant ainsi dévié en dedans, la malade s'entrave forcément en marchant, ses malléoles se rencontrent, le durillon tend à s'établir.

Reste à savoir pourquoi il se localise à la région rétro-malléolaire, presque habituellement.

Un exemple nous le fera comprendre :

Supposons que la malade marche et décomposons une partie de la marche. Prenons l'instant où le pied droit progresse, le gauche restant en place. Le pied droit avance (les circonstances étant favorables), la malléole commence par frôler le bord postéro-interne du pied gauche, puis frotte progressivement, jusqu'à la rencontre de la face postérieure de la malléole gauche (interne). A ce moment, il se produit un choc, toujours sensible, quelquefois douloureux (observations). Puis le pied déviant légèrement de son trajet primitif, se porte en avant et en dehors et se pose à terre. La malléole du pied actif ne peut donc entrer en contact avec l'autre pied que dans l'espace rétro-malléolaire. C'est précisément à cet endroit que s'établit le durillon.

Pourquoi, maintenant, sur la partie frappée (espace rétro-malléolaire) pousse-t-il un durillon ; et pourquoi ne s'en produit-il pas sur la partie active qui est la face antérieure de la malléole? C'est une question à laquelle nous ne pouvons répondre; mais il est probable qu'il faut chercher la cause de cette particularité, soit dans la disposition anatomique de la région, soit dans la laxité plus ou moins grande des téguments; soit plutôt dans une modification mécanique de la marche, consécutivement à la fatigue.

En résumé, nous croyons que ce durillon est occasionné par un choc malléolaire, et favorisé par la fatigue et le port de chaussures mal faites et surtout découvertes (genre Richelieu).

Ajoutons, en terminant, qu'il ne présente le plus souvent aucun inconvénient, qu'il disparaît par le repos prolongé et que nous ne l'avons jamais vu être le point de départ d'un accident sérieux.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Adénomes.

Adénome sébacé, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. présente un cas d'adénome sébacé (Balzer et Ménétrier) chez une jeune fille dont le développement intellectuel ne laisse rien à désirer, ainsi qu'il arrive si souvent dans cette maladie. Le mal est peu étendu et s'est développé symétriquement sur les joues le long du pli naso-labial. Les tumeurs se présentent sous l'aspect de tuméfactions dures, peu élevées, d'un rouge brunâtre et ayant la dimension de têtes d'épingles.

Brongersma voudrait tenter ici un traitement au moyen des courants de haute fréquence.

Mendès da Costa trouve que ce traitement n'est pas indiqué, vu que nous en avons d'autres à notre disposition dont l'effet est sûr et rapide, entre autres la galvanocautérisation et l'électrolyse, alors que les résultats des courants de haute fréquence sont encore inconnus.

Atrophie cutanée.

Atrophodermie (A case of atrophic neuritis), par S. Sherwell. *New-York dermatological Society*, 25 mars 1902. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1902, p. 269.

Femme de 25 ans, délicate, maigre et nerveuse; début depuis 12 ans par des taches lenticulaires blanches et saillantes qui grandissent un peu puis s'affaissent et laissent une tache atrophique blanche et déprimée, souvent centrée par un follicule. Les lésions se multiplient lentement et occupent la partie moyenne et supérieure de la poitrine et du dos, ainsi que le devant du cou. Aucune sensation subjective. W. D.

Atrophie cutanée dans le territoire du trijumeau (A case of partial hemiatrophy of the fifth nerve), par Bronson. *New-York dermatological Society*, 22 avril 1902. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1902, p. 338.

Une jeune fille à système nerveux très irritable, âgée de 18 ans, a remarqué il y a 5 ans une traînée blanche qui, débutant à la lisière des cheveux à gauche de la ligne médiane, s'est étendue jusqu'à la tête du sourcil gauche. Quelque temps après, une autre traînée semblable s'est formée un peu en dehors de la première, se dirigeant vers l'angle interne de l'œil. La peau est blanche, déprimée, atrophique, mais non cicatricielle. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Dans son enfance elle a eu une plaie accidentelle à gauche de la racine du nez, mais la maladie est apparue après une opération sur le tendon d'Achille.

Bulkley remarque qu'il est abusif d'appeler ces cas morphée. W. D.

Alopécie atrophique, par Whitfield. *Dermatological Society of London*, 15 mars 1901.

W. montre une femme de 41 ans qui perd ses cheveux depuis 5 ou 6 ans.

A la demande de Broes van Dozt, si les petits ulcères à la base du doigt ne pourraient être considérés comme un lupus pernio, surtout parce que sur le pouce on voit aussi de petites taches rouges, Mendès da Costa répond négativement, parce qu'en cas de lupus pernio les infiltrations ont une marche plus aiguë, qu'elles sont moins circonscrites, et que leurs aspects sont multiples.

Spruyt Landskroon doute que les trois affections soient de la même nature ; il considère celle du doigt comme une tuberculide, mais non celle du nez.

Épidermolyse bulleuse.

Epidermolysis bullosa hereditaria, par M. Morris. *Dermatological Society of London*, 9 avril 1902. *British Journal of Dermatology*, mai 1902, p. 171.

M. présente un malade dont l'observation a déjà été publiée dans le même recueil en 1897 et remarque qu'il n'y a eu aucune amélioration depuis cette époque. Depuis un an elle a des attaques d'indigestion avec vomissement et céphalalgie pendant lesquelles l'éruption atteint la cavité buccale. M. cite d'autres cas d'éruption muqueuse, dans l'un desquels il y avait élimination de toute la muqueuse œsophagienne en grands lambeaux.

Whitfield a examiné un fragment de peau excisé sur le bord d'une macule atrophique et y a trouvé un amincissement brusque de l'épiderme réduit à trois rangées épithéliales sans couche granuleuse.

G. Pernet montre une autre malade analogue, une petite fille de 6 semaines avec des bulles saillantes sur les doigts ; les premières se sont montrées 3 jours après sa naissance. Une sœur âgée de 4 ans a eu dans ses premiers mois des bulles analogues et en a encore sous l'influence des chocs. Un frère de 6 ans n'a rien. La mère a eu des bulles sur les mains et les pieds dans sa première enfance et a continué à en avoir de temps en temps sous l'influence des chocs jusqu'à son premier accouchement; tous ses ongles sont déformés et réduits à des moignons. Le grand-père maternel ainsi que son frère et sa sœur ont des bulles hémorrhagiques sous l'influence des traumatismes et ont les ongles altérés. W. D.

Épithéliomas.

Ulcus rodens, par Sequeira. *Dermatological Society of London*, 8 mai 1901.

S. présente une femme de 60 ans, portant sur la face trois ulcus rodens siégeant à l'angle externe de l'œil droit, au côté gauche du front, et à l'aile gauche du nez; le premier remonte à 10 ans; ils atteignent 3 à 4 centimètres de large, il n'y a pas de ganglions. Le diagnostic a été vérifié par l'examen microscopique. L'application des rayons de Röntgen a déjà amené une amélioration considérable. W. D.

Épithélioma calcifié, opéré et récidivé, par Reverdin. *XIVe Congrès français de chirurgie.* Paris, octobre 1901.

R. a observé et opéré, chez un homme de 60 ans, un épithélioma calcifié de la nuque qui a récidivé quelques mois après l'opération. Ces tumeurs,

étudiées par Malherbe (de Nantes), ont été considérées comme absolument bénignes ; jusqu'ici ce cas et un autre, inédit, de Malherbe, sont les seules exceptions.

R. croit qu'il faut considérer ces tumeurs comme développées dans des inclusions ectodermiques embryonnaires ; en faveur de cette hypothèse, il signale leur siège fréquent dans les points où l'on observe les kystes dermoïdes, et une observation de Malherbe concernant un petit épithélioma calcifié qui renfermait quelques poils. Peut-être dans quelques cas le développement se fait-il aux dépens d'inclusions d'origine traumatique.

Ulcus rodens ou syphilis, par Telger. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1901.

T. présente un malade chez lequel il n'est pas possible d'établir de diagnostic différentiel entre l'ulcus rodens et l'ulcération gommeuse.

Le malade a 55 ans, il est cordonnier et père de 12 enfants bien constitués. Il n'a jamais été malade et n'a jamais eu de blennorhagie ni de syphilis. Outre cette ulcération, on trouve encore une tuméfaction indolore aux deux épididymes, tuméfaction qui se serait développée pendant les deux dernières années. Le malade a, derrière l'oreille gauche, une ulcération de forme ovale, peu infiltrée, avec un bord nettement circonscrit et dur à la palpation. Le fond est d'aspect jaune pyroïde et uni, couvert d'une sécrétion glaireuse d'un jaune pâle. Les bords de l'ulcération ne sont pas décollés. Il n'y a pas de douleur. L'ulcération aurait succédé lentement à une petite tuméfaction. Étant donnés la lésion des deux épididymes, le fond particulier et le siège insolite de cette ulcération, T. a soumis le malade à un traitement antisyphilitique (frictions et iode). L'ulcération a diminué considérablement et, dans les six dernières semaines, elle ne s'est plus étendue. Le fait que le mal provient de deux petites tuméfactions, les bords indurés et saillants et la longue durée du processus font aussi songer à un ulcus rodens quoique dans les cas d'ulcus rodens le fond ne soit pas aussi uni.

Broers croit que la longue durée du mal plaide en faveur de l'ulcus rodens, affection dans laquelle on voit se produire des guérisons partielles par le traitement mercuriel et l'iode.

Telger dit que le fond lisse et jaunâtre ainsi que la sécrétion glaireuse l'inclinaient à diagnostiquer une ulcération gommeuse.

Mendès da Costa croit que le fond lisse plaide précisément en faveur d'un ulcus rodens tandis que dans l'ulcération syphilitique le fond est inégal ; jusqu'à un certain point le siège empêcherait d'admettre un ulcus rodens.

Spruyt Landskroon croit que la tendance à guérir en commençant par le centre indique un ulcus rodens. Il conseille d'employer la formaline à 20 p. 1000 dans une solution d'eau et de glycérine. Cette solution appliquée pendant vingt-quatre heures se supporte sans douleur, la couche supérieure du mal est détruite et après sa chute on voit une surface en bonne voie de granulation.

Van Dugteren dit que souvent les ulcérations déjà anciennes s'améliorent à la suite de l'application de pansements avec la gaze à la résorcine ; mais, si le remède n'agit pas, il faut avoir recours à l'excision, moyen qui, au point de vue scientifique, est le mieux défendable. Il rapporte des cas dans lesquels aucune récidive ne s'est encore produite.

Rietema est un adversaire de l'excision. Toujours à sa suite il a constaté des récidives et le malade, à cause de la blessure faite, se trouvait dans un état pire qu'auparavant. On croit, dans cette opération, couper dans du tissu sain, mais en réalité ce tissu est déjà atteint par la maladie.

Broese van Groenau en admettant que l'ulcus rodens est et continue à être un carcinome, et que, par suite, il peut se produire une métastase le long des vaisseaux lymphatiques, propose, en ce cas, d'employer un moyen terme et de recourir au curetage, lequel ne produit pas de grandes plaies et laisse une bonne cicatrice.

Broers, partant de ce point de vue que les récidives peuvent provenir de l'irritation de l'épithélium à la suite de l'opération, recommande surtout, au point de vue cosmétique, l'emploi des onguents, des emplâtres, etc...

Selhorst, se basant sur des cas de guérison, affirme que là où des excisions étendues sont possibles, cette opération constitue le meilleur remède et il combat l'opinion que, par suite de l'irritation de l'épithélium, des récidives puissent se produire même en cas d'excision trop restreinte.

Quatre cas d'épithéliomes greffés sur lupus, par A. Morelle. *Presse médicale belge,* 1901, n° 34.

M. rapporte quatre cas d'épithélioma typiques greffés sur lupus. Dans trois cas le diagnostic histologique confirma le diagnostic clinique. Dans la relation du quatrième cas aucun renseignement sur l'anatomie pathologique de la tumeur. L'extirpation fut pratiquée dans trois cas ; dans le quatrième cas, traitement palliatif. Dans un cas la guérison s'était maintenue cinq ans après l'opération ; dans un second cas il y eut récidive au bout de quatre mois ; enfin la troisième opérée mourut de métastase abdominale. La malade, chez laquelle aucune intervention ne fut tentée, succomba au bout de quatre mois. L. Dekeyser.

Érythèmes.

Étude clinique des lésions conjonctivales de l'érythème polymorphe, par J. Chaillous. *Annales d'oculistique,* mars 1902.

C. rapporte l'observation d'une femme de 23 ans, chez laquelle apparurent, au cours d'un érythème polymorphe, des papules occupant les deux conjonctives. Il décrit, à propos de cette observation, les lésions conjonctivales de l'érythème polymorphe, lésions qui consistent soit en une rougeur avec démangeaison, parfois avec sécrétion muqueuse, injection des bords des paupières et agglutination des cils, soit beaucoup plus souvent en papules de coloration rouge violacé ou jambonnée, apparaissant ordinairement du quatrième au sixième jour de l'éruption, unilatérales ou bilatérales, ayant pour siège d'élection l'angle interne de l'œil; cette forme a grande tendance à se reproduire lors des poussées successives d'érythème polymorphe. Une forme grave, décrite par Hanke, se caractérise par une rougeur diffuse avec fausses membranes et parfois par une ulcération de la cornée, mais semble appartenir à une infection différente de l'érythème polymorphe. G. T.

Érythème strié, par Plonski. *Berliner dermatologische Gesellschaft,* 4 mars 1902.

P. présente un garçon de 14 ans, atteint d'un érythème strié caractérisé

par une éruption de stries longitudinales localisées sur la face dorsale des mains et des doigts, au visage et aux jambes. Cette éruption forme des traînées larges, rouges et en quelques points des bulles; elle récidive constamment depuis le mois de septembre dernier. Il ne s'agit pas de lésions artificielles.

Heller communique un cas qu'on avait considéré comme un érythème strié et dans lequel il acquit la preuve qu'on avait affaire à des efflorescences artificielles; la guérison eut lieu sous l'influence d'une correction paternelle énergique.

Blaschko range cette affection parmi les dermatoses d'origine nerveuse ; il ne prétend pas qu'il y ait une lésion artificielle, mais il demande pour quels motifs on désigne cette maladie sous le nom d'érythème exsudatif.

Saalfeld recommande de faire l'examen microscopique et chimique des lésions provoquées par l'application des substances irritantes.

Plonski n'a rien trouvé qui puisse faire penser à une origine artificielle. En raison de la rougeur et de l'exsudation, il nomme cette affection érythème exsudatif. A. Doyon.

Érythème scarlatiniforme intermittent d'origine paludéenne, par Billet. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 avril 1902, p. 327.

Homme de 21 ans, pris, le 25 août, de fièvre non continue, à accès matinaux accompagnés de sueurs abondantes ; le 28, éruption scarlatiniforme en larges plaques occupant la face antérieure des bras et des avant-bras, le thorax, le dos, la face antérieure des cuisses, rougeur légère des amygdales et du voile du palais et léger degré de dysphagie; l'éruption, qui a presque disparu dans la nuit du 29 au 30, reprend son intensité dans la matinée du 30, en même temps que reparaît la fièvre dont elle suit l'ascension; le sang examiné fourmille d'hématozoaires; il y a une abondante hyperleucocytose mononucléaire; on administre la quinine et le lendemain l'érythème a complètement disparu; le 2 septembre, il y a une légère desquamation furfuracée; le 7, nouvel accès accompagné d'un piqueté rouge très accusé, surtout apparent à la face antérieure du thorax, très fugace; le 9, nouvel accès avec érythème très peu accusé et uniquement localisé au thorax; le 10, dernier accès qui ne s'accompagne pas d'érythème. G. T.

Érythème induré.

Érythème induré et tuberculose, par Carle. *Lyon médical*, 10 mars 1901.

Ce travail apporte une preuve de plus à l'appui de l'origine tuberculeuse de l'érythème induré (maladie de Bazin). Outre la coexistence de cette lésion sur la joue gauche (fait assez rare) avec un lupus vrai sur la joue droite, l'examen histologique d'une partie de la pièce a démontré l'existence de cellules géantes et épithélioïdes caractéristiques. De plus, deux cobayes inoculés ont rapidement succombé avec des signes non douteux de tuberculose. C'est la deuxième inoculation positive, la première étant celle de Thibierge et Ravaut (*Annales de Dermatologie*, 1899). On n'a pas trouvé de bacilles.

C. a traité le nodule induré comme une petite fongosité ou comme

une tumeur sous-cutanée, par incision et curettage. Cicatrisation en douze jours.

Exfoliatrice (Dermatite —).

Dermatite exfoliative généralisée, par Hoffmann. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 5 novembre 1901.

H. présente un malade atteint de dermatite exfoliative généralisée (type Wilson-Brocq) survenue sans cause connue, et accompagnée d'engorgements ganglionnaires multiples, avec quelques leucocytes et légère anémie.

Ledermann a observé un cas identique. Sous l'influence d'un traitement indifférent la maladie a évolué en 6 semaines. A. Doyon.

Externe (Dermatoses de cause —).

Une teinture pour cheveux à base végétale de paraphénylène diamine. Toxicité et forme des accidents. Étude clinique et expérimentale, par Laborde et Meillère. *Tribune médicale*, 27 février et 6 mars 1901, p. 172 et 192.

Femme de 50 ans environ, prise depuis un certain temps, à intervalles assez réguliers — à la suite et généralement le lendemain d'applications de teinture pour cheveux faites au moyen de fortes frictions avec une brosse très dure — d'accidents consistant en une céphalalgie intense et en douleurs épigastriques avec nausées et vomissements répétés, purement liquides et muqueux, suivis d'assoupissement prolongé et d'anorexie persistant pendant deux ou trois jours; ces accidents avaient provoqué une déperdition des forces et un amaigrissement rapide et progressif. Ces accidents disparurent après la cessation de l'emploi de la teinture. L'analyse chimique de la teinture employée montra qu'elle renfermait de la paraphénylène diamine, de la résorcine et de l'eau oxygénée. L'injection intraveineuse de cette teinture produisit chez le chien des effets analogues. G. T.

Éruption artificielle provoquée par le fruit de l'anacarde oriental, par Buschke. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 2 juin 1901.

B. présente un malade de 26 ans qui, à la suite de l'application du fruit de l'anacarde oriental pour un rhumatisme du genou, eut une éruption érysipélatiforme qui envahit tout le corps. Un confrère américain ayant appliqué le contenu du fruit de l'anacarde oriental sur le visage, eut une dermatite analogue de toute cette région, de la poitrine, des mains et du pénis. Cette affection, désignée sous le nom de cardoldermatite, est depuis longtemps connue, elle est provoquée par l'anacarde occidental (acajou) et l'anacarde oriental. D'autres plantes du groupe des anacardiées, telles que le rhus toxicodendron, déterminent des symptômes semblables. Cependant il faut admettre une certaine idiosyncrasie. Le cardol, extrait éthéré de ces plantes, a été autrefois employé comme médicament.

Buschke ajoute que les éruptions causées par la vanille ont été décrites par Arning. Comme à Mexico les cosses de vanille sont enduites de cardol pour les empêcher de sécher et les protéger contre les insectes, il est probable qu'il faut rapporter au cardol les exanthèmes et les intoxications consécutifs à la vanille. A. Doyon.

Furoncle.

Du traitement du furoncle et de l'anthrax par le gaz oxygène, par J. Thiriar. *La Clinique*, 1901, n° 1.

Depuis quelque temps déjà, T. traite le furoncle et l'anthrax par des injections de gaz oxygène au sein de la lésion. Ces injections se font à l'aide d'une aiguille de Pravaz fixée à un tube en caoutchouc relié à la tubulure d'une bonbonne d'oxygène comprimé à 120 atmosphères. Pour un furoncle, une seule injection faite à la base de la tumeur ou dans son cratère suffit. Pour un anthrax volumineux il faut 4 à 6 injections qui le circonscrivent. La rapidité de la guérison est remarquable. Au bout de peu de temps la douleur a disparu; dès le soir même, le lendemain au plus tard, l'œdème périphérique a diminué ou disparu. L'injection est suivie souvent d'une douleur parfois assez vive, mais à celle-ci succède presque immédiatement une atténuation des phénomènes douloureux qui disparaissent bientôt complètement. En quelques mois, 18 anthrax et 24 furoncles de régions diverses du corps ont été traités par le gaz oxygène et tous ont guéri complètement et rapidement.

L'oxygène ne paraît pas agir directement sur le staphylocoque ou le streptocoque, mais il augmente, semble-t-il, la résistance des tissus malades. L. Dekeyser.

Granulose nasale.

Maladie particulière de la peau du nez des enfants, granulose rouge du nez (Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern — Granulosis rubra nasi), par Jadassohn. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVIII, p. 145.

J. a observé 7 cas de cette affection non encore décrite jusqu'à présent. Elle est caractérisée cliniquement par une rougeur assez intense, diffuse, limitée à la pointe et aux ailes du nez et par de très petites papules dont quelques-unes ont la grosseur d'une tête d'épingle; elles se transforment parfois en pustules.

Au toucher la peau du nez donne une sensation de fraîcheur, d'hyperhidrose. Histologiquement il s'agit d'une inflammation chronique des parties supérieures et moyennes du chorion ; on trouve souvent des infiltrats, mais principalement autour des canaux des glandes sudoripares. Pas de bactéries. Tous les malades étaient des enfants (6 filles et 1 garçon), presque tous affaiblis, sans tares héréditaires ; la tuberculine ne provoquait pas de réaction. Il est difficile de dire si l'hyperhidrose est en rapport causal avec la dermatose inflammatoire, elle paraît toutefois constituer une prédisposition à cette maladie. Jamais de cicatrices. Cette affection, qui s'est montrée rebelle à tous les traitements, n'est gênante qu'au point de vue cosmétique.

Dans un mémoire publié récemment par Luithlen, sur une forme particulière d'acné avec lésions des glandes sudoripares, J. a trouvé de nombreuses analogies avec la maladie décrite ci-dessus : localisation sur le nez d'un enfant affaibli, apparition très précoce, marche essentiellement chronique, hyperhidrose, papules molles, quelques-unes très petites; histologiquement : infiltrats, principalement autour des canaux de ces glandes sudoripares, dilatation de ces canaux (et des glomérules). Des recherches

ultérieures démontreront si le cas de Luithlen et ceux publiés par J. appartiennent au même processus. A. Doyon.

Granulosis nasalis, par Pinkus. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 3 décembre 1901.

P. présente un garçon de 12 ans, atteint d'une rougeur limitée de l'extrémité du nez, de petites papules qui latéralement s'étendent jusqu'au pli naso-labial, et de petites ectasies. Au microscope on voit une lésion inflammatoire qui consiste en une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux et principalement autour des canaux excréteurs des glandes sudoripares; ces glandes sont en outre dilatées. Ces cas ne sont pas rares. Luithlen a décrit cette affection comme une forme particulière d'acné; Jadassohn a choisi le nom de granulosis nasalis.

Blaschko demande si dans les antécédents on trouve une gelure du nez.

Pinkus ne sait rien à cet égard. L'affection s'est développée peu à peu depuis l'âge de 4 ans. A. Doyon.

Herpétiforme (Dermatite —).

Herpes gestationis, par M. Morris. *Dermatological Society of London*, 15 mars 1901.

M. présente une femme de 31 ans qui a eu 10 enfants. Deux ou trois jours après chacun des deux derniers accouchements elle a vu apparaître une éruption érythémato-bulleuse. La poussée actuelle dure depuis 6 semaines. W. D.

Dermatite herpétiforme, par Hoffmann. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 2 juin 1902.

H. présente un homme de 64 ans qui, depuis le milieu de cette année, a sur le thorax une éruption de papules rouges auxquelles se sont ajoutées peu après des vésicules et des bulles qui en peu de jours ont envahi le tronc et les membres. Prurit toujours modéré. Les premiers jours, la température n'a pas dépassé 37°,8. Rien d'anormal dans les urines. Le nombre des leucocytes a doublé depuis quelques jours. Nombreux leucocytes polynucléaires et nombreuses cellules éosinophiles, ces dernières se trouvaient dans le liquide des bulles récentes et anciennes. La muqueuse était aussi affectée. La polymorphie, le caractère en partie herpétiforme de l'éruption, le léger prurit, montrent bien, selon H., qu'il s'agit d'une dermatite herpétiforme.

Ledermann a traité ce malade il y a 3 ans, et a porté alors le diagnostic de pemphigus vulgaire; il est encore du même avis. Il rappelle l'opinion de Kaposi, que le pemphigus vulgaire est précédé de différentes formes d'exanthème avec prurit plus ou moins intense. Quoique dans la dermatite herpétiforme des bulles peuvent survenir, on doit, dans les cas où elles prédominent, porter le diagnostic de pemphigus vulgaire.

Lesser pense que la dimension des bulles n'a pas une importance décisive pour le diagnostic, et l'opinion de Kaposi — qui n'admet pas la dermatite herpétiforme — n'a pas de valeur pour le diagnostic différentiel. Dans le cas actuel, il y a en outre des pomphi, des érythèmes, etc. Tous ces symptômes et la durée de la maladie sont en faveur du diagnostic de dermatite herpétiforme.

Rosenthal trouve que la fièvre, le contenu sanguinolent des bulles, l'aspect cachectique, ne permettent pas de regarder cette affection comme ayant un caractère bénin. Ni la guérison des bulles, ni leur grosseur, ni l'évolution chronique, ne sont en faveur de l'un ou de l'autre diagnostic. Le pronostic est très douteux, et le diagnostic du pemphigus vulgaire a pour lui bien des éléments.

Lassar regarde ce cas comme un pemphigus infecté.

Ledermann fait remarquer que dans des cas, regardés par d'autres auteurs pendant des années comme des dermatites herpétiformes, Kaposi a observé plus tard la marche typique du pemphigus avec terminaison fatale. L. tient le cas actuel comme étant plutôt de nature maligne ; le diagnostic est incertain.

Rosenthal remarque qu'on ne retrouve ni le prurit, ni la polymorphie de l'exanthème dans les poussées éruptives qui reviennent à certains intervalles. Comme précisément on a rangé le pemphigus prurigineux dans la dermatite herpétiforme, il faut tenir ces deux affections comme identiques.

Hoffmann regarde la fièvre comme accidentelle et nie qu'il y ait un état cachectique prononcé. A. Doyon.

Cas de dermatite herpétiforme de Dühring, par Ed. Dufour. *La Clinique*, 1901, n° 30.

Femme de 61 ans, ayant déjà, à trois reprises différentes, souffert de l'affection bulleuse pour laquelle elle entre dans le service de M. le Dr Bayet, à l'hôpital Saint-Pierre (Bruxelles). Début de l'affection par du prurit bientôt suivi de l'apparition de bulles qui envahirent toute la surface du corps. Les muqueuses sont indemnes. Fièvre pendant 10 jours et atteignant son summum lorsque l'éruption elle-même était dans sa plus grande intensité. Une abondante desquamation épidermique succéda aux lésions pemphigoïdes. Traitement symptomatique, guérison. D. croit à l'origine nerveuse de cette affection. L. Dekeyser.

Hyphomycoses.

Hyphomycose de la muqueuse buccale et des ongles, par Winternitz. *Verein deutscher Aerzte in Prag*, 11 janvier 1901.

W. présente une petite fille de 5 ans 1/2, qui est atteinte d'une affection extraordinaire des ongles et de la muqueuse. Cette fillette a eu à l'âge de 2 ans une infection intestinale fébrile qui a duré plusieurs semaines, après laquelle il est survenu des lésions des dernières phalanges de plusieurs doigts et orteils. Les ongles tombèrent et les malformations unguéales actuelles se sont développées, puis sont survenues les lésions de la muqueuse buccale. Plusieurs doigts et quatre orteils d'un pied ont des ongles très épaissis, atteignant jusqu'à 1 centimètre, d'un brun sale, cassés irrégulièrement près de leur bord libre, désagrégés, avec des raies transversales près du pli unguéal postérieur.

La peau autour des ongles est légèrement épaissie et un peu rouge. L'affection de la muqueuse commence sur la face externe de la partie rouge des lèvres, elle est en quelques points entourée d'un liséré cutané un peu rouge. Les lèvres sont infiltrées et l'enfant éprouve une certaine difficulté à ouvrir la bouche. A 3 millimètres du bord de la partie rouge des lèvres

commence une teinte blanche à laquelle correspond aussi une saillie. Cette teinte blanche presque circulaire s'étend sur la face interne de la muqueuse labiale, correspond environ au centre des lèvres et se termine par un liséré assez tranché ; elle est disposée en foyers arrondis ou angulaires de la grosseur d'un grain de chènevis.

Sur la muqueuse buccale quelques taches blanches isolées ou groupées ; sur la langue, plaques blanchâtres arrondies ou irrégulières, s'étendant assez loin en arrière. On peut détacher ces plaques de leur base qui reste encore recouverte d'épithélium. Le voile du palais est indemne.

La lésion de la muqueuse buccale ferait tout d'abord penser à une leucoplasie, mais la forme en foyers des plaques blanches, qui rappelle en quelque sorte le muguet et la facilité avec laquelle on en détache une partie, n'autorisent pas ce diagnostic.

L'examen des ongles des doigts permit d'y reconnaître des réseaux abondants de filaments de mycélium (hyphes) ; dans les fragments enlevés des plaques de la muqueuse on trouvait, outre d'autres microorganismes, de nombreux mycéliums ramifiés. Selon W., il est possible que ces hyphomycètes se soient développés ultérieurement dans des portions de tissu déjà ulcérées ; toutefois il ne conteste pas leur importance étiologique.

Ceci est vrai surtout pour les ongles ; pour la muqueuse buccale, dans laquelle aussi des mycéliums apparaissent sans signification étiologique, le diagnostic sera beaucoup plus difficile en raison des autres microorganismes qui sont très nombreux.

Wælsch a vu antérieurement ce cas et il complète par suite les données précédentes en ce que, à ce moment, il existait une croûte rupiforme au niveau de la lèvre supérieure ; au-dessous existait une ulcération superficielle d'où provient la cicatrice actuelle. Ce cas est resté obscur et la constatation des champignons n'y change rien, car la relation étiologique entre la présence des parasites et la maladie est tout au moins très douteuse. L'existence de mycéliums dans les plaques buccales n'est pas une preuve, parce qu'on trouve très souvent de ces champignons dans ces points. Ils peuvent avoir été transportés de là sur les ongles ; peut-être aussi sont-ils venus du dehors comme saprophytes dans les masses cornées unguéales. Quant aux cas de mycoses de la muqueuse qu'on a cités, ils étaient relatifs à des cas dans lesquels la mycose de la peau se propageait par continuité sur la muqueuse et y étaient accompagnés de symptômes d'inflammation ; ceux-ci faisaient ici complètement défaut sur la muqueuse, ce que Winternitz regarde comme une preuve de la saprophytie des champignons qu'on a trouvés.

Winternitz répond qu'il n'a pas affirmé la nature mycosique de l'affection buccale, mais a dit seulement qu'elle était possible. L'abondance des champignons tend d'abord bien à prouver qu'ils existaient d'abord sur la muqueuse labiale et sur les ongles. Les renseignements rendent invraisemblable la propagation aux ongles des champignons de la muqueuse buccale. A. Doyon.

Granulome hyphomycétique de la peau (A case of hyphomycetic granuloma of the skin), par J. Schomberg. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1902, p. 410.

Une femme de 40 ans présente depuis un mois sur l'avant-bras droit deux

plaques saillantes qui s'accroissent rapidement. Ces plaques ont de 2 à 4 centimètres de large, font une saillie de plus d'un demi-centimètre ; leur surface est rouge foncé, papillomateuse ; elles sont fermes et douloureuses. Bientôt d'autres lésions analogues apparaissent sur l'avant-bras, débutant par une pustule sous laquelle la peau se soulève en forme de tumeur végétante. Divers traitements par des pommades et des lotions à l'acide phénique ou au sublimé, des badigeonnages de teinture d'iode restent sans effet ; la lésion guérit par les bains dans une solution très faible de permanganate de potasse.

L'examen microscopique du pus et des poils est resté négatif ; les cultures n'ont fourni que des staphylocoques ; l'inoculation d'un fragment de tissus au cobaye n'a rien donné.

L'examen microscopique d'une petite plaque excisée a montré l'épiderme formant des prolongements rameux dans la profondeur, une infiltration très dense de lymphocytes et de leucocytes polynucléés et dans l'infiltrat des filaments mycéliens ramifiés avec quelques spores.

S. rappelle les cas publiés par Majocchi, Pellizzari, Campana, Pini et Rosenbach et conclut qu'il s'agit probablement d'un trichophyton. W. D.

Kératodermie.

Kératodermie accompagnant un pemphigus vulgaris, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. d. C. communique un cas de kératodermie du dos, des mains et des pieds, accompagnant un pemphigus vulgaire. Des plaques kératosiques semblables, à la paume des mains et à la plante des pieds, sont fréquemment décrites comme accompagnant le pemphigus et la dermatite herpétiforme ; mais M. d. C. n'a jamais vu citer le cas où elles se présentaient, comme chez son malade, sur le dos des mains et des pieds. Les taches ont un diamètre de 15 et de 20 millimètres, elles sont de nature verruqueuse, dures à la surface, et présentent une induration crayeuse. Çà et là se formaient des cônes cornés d'un 1/2 millimètre de diamètre et de 2 millimètres de hauteur qui peuvent partiellement et sans trop de difficulté être enlevés, et qui laissent ensuite un cône plus obtus. Au microscope, on constate que la ligne de séparation entre l'épiderme et le derme a une forme sinueuse, les papilles sont fortement aplaties, et le tissu corné épaissi composé de lamelles parallèles privées de leur noyau. Les mêmes lésions, résultant d'une pression exagérée par suite du développement considérable de l'épiderme, existent aussi dans le corps muqueux de Malpighi. Les vaisseaux capillaires sont fortement dilatés et chargés de globules sanguins ; leurs cellules endothéliales sont volumineuses et rangées côte à côte ; il n'y a nulle part d'extravasation de leucocytes ni d'œdème. Le tissu conjonctif s'est décomposé en se fragmentant.

Lèpre.

Lèpre anesthestique, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. d. C. présente un malade atteint de lèpre anesthésique, chez lequel on n'a trouvé aucun bacille ni dans les taches, ni dans le sérum des vésicules,

ni dans le sang, ni dans les sécrétions nasales. Le malade présente une tache circulaire étendue qui fut d'abord d'aspect livide et qui maintenant est brunâtre et squameuse. Le malade n'a jamais quitté la Hollande, excepté un jour pendant lequel il a été en Allemagne. Son frère, qui a habité les Indes Occidentales, a souffert du béribéri. En outre, notre malade est atteint de mal perforant du pied et de pityriasis versicolor.

Spruyt Landskroon conseille de persévérer dans la recherche des bacilles, vu que Hansen dit : « pas de bacilles, pas de lèpre ».

Broes van Dozt conseille de rechercher l'agglutination du professeur Spronck pour compléter le diagnostic. Ce moyen peut rendre de grands services, sans constituer cependant une preuve positive.

Les courants d'émigration et l'expansion de la lèpre, par Jeanselme. *Gazette des hôpitaux*, 19 avril 1902, p. 443.

A l'origine des temps modernes, les trois principaux foyers d'endémie lépreuse étaient la côte occidentale de l'Afrique, l'Inde et la Chine méridionale. Les nombreux courants d'émigration partis de ces foyers primordiaux ont eu pour résultat la création de foyers secondaires. Les Chinois y ont pris une part considérable, parce que la côte orientale de la Chine est à la fois une des contrées les plus peuplées du globe et un des foyers les plus actifs d'endémie lépreuse; ils ont importé la lèpre dans l'Indo-Chine, dans les colonies espagnoles et hollandaises où ils ont émigré, en Océanie, en Australie à la suite de la découverte des mines d'or; en Amérique, la lèpre a été introduite d'abord par les Espagnols, puis par les esclaves noirs, plus tard par les Français du Canada et de la Louisiane, et par les Norvégiens aux États-Unis, plus récemment par les Chinois en Californie. Les Hindous, à la suite de l'abolition de l'esclavage, l'ont importée aux Guyanes, dans les îles à sucre, dans les possessions anglaises sud-africaines.

Quand la lèpre est importée dans une contrée où la race blanche et la civilisation européenne prédominent, elle fait en général peu de progrès. Tous les émigrants entachés de lèpre ne sont pas dangereux au même degré pour la population blanche ; les plus dangereux sont ceux dont les professions les exposent à des contacts plus répétés avec les blancs. Quand des émigrants de race blanche, indemnes de lèpre, s'établissent en pays lépreux, ils s'infectent rarement, à moins qu'ils n'aient des contacts intimes avec la population indigène. G. T.

Lichen.

Lichen plan linéaire avec localisation spéciale, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. d. C. rapporte un cas de lichen plan linéaire dans lequel on remarque particulièrement un groupement original des efflorescences ordinaires. Il considère ce groupement comme correspondant aux limites des territoires de la peau, conformément à la description donnée par Head, car on ne peut admettre aucune relation de la lésion avec le trajet des nerfs périphériques, des veines cutanées ou sous-cutanées, des vaisseaux lymphatiques et des lignes de Voigt.

Le groupement présente la forme de facettes en chapelet rectiligne, de plaques ayant l'aspect d'une mosaïque ou de petits cercles parfaits avec un

centre pigmenté, mais surtout aussi la forme d'arcs de cercle dont les ouvertures sont tournées dans le même sens ou bien placées dos à dos avec leurs ouvertures diamétralement opposées, de façon à former des guirlandes.

Le développement est linéaire et le mal affecte principalement la jambe gauche. Au poignet droit il y a aussi quelques efflorescences. Les muqueuses visibles sont indemnes. Sur la jambe gauche on voit deux larges bandes partant du talon, remontant le long de la face dorsale du mollet. L'autre bande, qui est latérale, longe la ligne du tibia sur la partie antérieure de la jambe puis se continue à la face extérieure du genou en une bande mince et sinueuse. La bande médiane, qui se réunit à la bande latérale sur le côté dorsal, diverge avec elle en s'élevant, et se trouve, par places, interrompue. La peau qui recouvre le tibia est le moins attaquée. La bande médiane s'élève le long du genou et s'étend, sur les deux tiers de sa longueur, sur la face dorsale de la cuisse; en même temps, elle s'élargit sans être couverte d'efflorescences très denses. En travers du tiers supérieur de la cuisse, parallèlement au pli de l'aine, une guirlande d'efflorescences se dirige vers le trochanter, puis, plus loin, vers la région lombaire gauche. Une troisième petite bande d'efflorescences, en forme de ligne verticale, qui s'étend sur le tiers supérieur de la cuisse, à deux doigts du scrotum, ne semble pas solidaire des autres bandes ou guirlandes déjà citées.

C'est surtout la guirlande transversale, que M. d. C ne peut rapporter au trajet des nerfs périphériques cutanés et sous-cutanés, ni à celui des veines, ou des vaisseaux lymphatiques, ni aux lignes de Voigt; mais elle correspond à la limite des zones 51, 52, 53, 54, 55 de Head.

M. d. C. croit que le cas d'Hugo Meyer, décrit dans l'*Archiv f. Dermatologie* en 1898, ne doit pas être, comme l'admet l'auteur, rapporté aux lignes de Voigt, mais bien aux 26e, 27e et 28e dermatomes de Bolk.

Il croit, en pareil cas, pouvoir admettre une influence du système nerveux central et, entre autres, de la moelle épinière (les racines ou le ganglion spinal) sans pour cela exclure la possibilité du développement, par exemple du lichen, en bande le long d'excoriations et de veines cutanées. Les guirlandes et autres dessins peuvent s'expliquer par l'anastomose entre eux des nerfs périphériques terminaux et de là vient aussi que les anneaux sont pour la plupart ouverts.

Lichen ruber plan, par Pinkus. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 11 juin 1901.

P. présente un malade atteint d'une éruption occupant tout le corps, depuis la tête jusqu'aux orteils. Elle est caractérisée par des anneaux et des dessins gyroïdes; la peau, par suite de la longue durée de la maladie, est un peu épaissie et a une coloration analogue à celle de la noix muscade. Chaque traînée est composée de papules à différentes périodes de développement. Au microscope elles présentent les caractères typiques du lichen ruber plan. Cette affection existerait depuis plus de 50 ans. Elle a commencé à l'âge de 19 ans par des plaques au-dessus de l'os iliaque qui ont envahi successivement tout le corps. Dès le début, elle a été le siège d'un violent prurit et d'une abondante desquamation. On l'a traitée pendant longtemps comme un psoriasis. Il est possible qu'à cette époque on ait eu affaire à

cette maladie. En tout cas il s'agit actuellement d'une forme spéciale de lichen ruber plan, ainsi qu'en témoigne l'examen histologique.

Blaschko fait remarquer qu'il y a un certain nombre de caractères qui ne correspondent pas à un lichen ruber plan classique. Tout d'abord l'absence de pigmentation est frappante après une aussi longue durée; en outre, on ne trouve ni rétraction des papules, ni groupes de papules qui d'ordinaire forment de larges disques durs et en partie verruqueux, mais au contraire les lésions sont disposées en anneaux et en lignes et ont un aspect marmoréen.

Lesser n'a jamais vu dans le lichen ruber plan une expansion aussi régulière qui rappelle plutôt le lichen ruber acuminé. Quel est l'état des muqueuses?

Pinkus répond que seule une légère opacité de la muqueuse buccale rappelle le lichen ruber plan.

Lesser croit que dans un cas d'une durée aussi longue la muqueuse serait atteinte sur une plus grande étendue.

Pinkus ajoute qu'à l'examen microscopique on a trouvé très peu de pigment, ce qui a confirmé le diagnostic de lichen ruber plan. Il ne saurait être question de lichen chronique puisqu'on ne trouve pas les lésions microscopiques spéciales. Il est étonnant que dans une affection existant depuis si longtemps les malaises soient aussi peu marqués et que l'évolution soit aussi bénigne. Ce malade est en traitement depuis 16 à 20 ans, et jusqu'à présent il n'a pas suivi un traitement arsenical approprié. A. Doyon.

Lichen ruber plan, par Pinkus. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 4 février 1902.

P. présente une femme atteinte de lichen ruber plan étendu avec lésions leucoplasiformes de la région génitale. Les efflorescences du tronc et des membres sont volumineuses et très ombiliquées. L'ombilic est tout particulièrement facile à reconnaître à la paume des mains et y ressemble à la forme torpide du psoriasis vulgaire de la face palmaire des mains ainsi qu'au début du clou syphilitique. Malgré des doses élevées (internes et sous-cutanées) d'arsenic il n'y a pas jusqu'à présent d'amélioration appréciable.

Lesser cite un certain nombre de cas de lichen plan dans lesquels l'arsenic n'a pas donné de résultat. Dans certaines régions, notamment aux organes génitaux et à l'anus, les efflorescences prennent souvent l'aspect de la leucoplasie. A. Doyon.

Lésions bulleuses dans le lichen plan (A note on the occurrence of bullæ in lichen planus), par A. Whitfield. *British Journal of Dermatology*, mai 1902, p. 161.

Femme de 27 ans, avec des antécédents de famille tuberculeux et présentant quelques symptômes de crétinisme, est atteinte depuis trois mois d'une éruption très étendue de lichen plan occupant surtout les membres, accompagnée d'un prurit violent; elle a pris de l'arsenic pendant deux mois. A son entrée à l'hôpital l'éruption est confluente sur les avant-bras, les cuisses et les jambes, ailleurs formée de papules disséminées. Sur les jambes et les pieds on trouve des bulles atteignant le volume d'une noix et des vésicules qui correspondent exactement à des papules de lichen. Traitement par

0,006 de sublimé et 1 gramme d'iodure de potassium par jour, bains goudronneux. L'amélioration fut très rapide et elle sortit à peu près guérie au bout de 3 semaines. Une petite rechute quelques mois après fut guérie par le même traitement.

L'examen microscopique d'une petite bulle montre qu'elle est constituée par le soulèvement de l'épiderme tout entier ; sous la voûte les cellules sont comprimées ; sur les bords de la bulle elles sont étirées ; la couche granuleuse est d'épaisseur inégale. Sur le plancher de la bulle les papilles sont aplaties ; toute la partie superficielle du derme est infiltrée de cellules polynucléées avec quelques lymphocytes et quelques éosinophiles. Plus profondément tous les vaisseaux sont enveloppés d'une gaine de cellules uninucléées provenant probablement de la tunique adventice. Pas d'altération du tissu élastique ou conjonctif. Dans la bulle on trouve quelques leucocytes avec 20 p. 100 d'éosinophiles, quelques staphylocoques et streptocoques. Dans le sang on trouve 82,6 p. 100 de polynucléaires ; 12,6 p. 100 de lymphocytes ; 4,8 p. 100 de grands mononucléaires, 0,4 p. 100 d'éosinophiles.

W. a relevé 17 cas d'éruption bulleuse dans le lichen plan. Dans 9 cas les malades n'avaient pas pris d'arsenic ; dans 6 cas les malades en avaient pris, mais il est douteux que l'arsenic ait joué un rôle dans la production des bulles. En général les bulles correspondent à des papules de lichen ; on ne trouve pas de données concordantes sur les altérations du sang ou sur la profondeur de la bulle. W. D.

Vésicules dans le cours du lichen plan (Lichen planus as a vesicular and bullous effection), par Ch. W. ALLEN. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1902, p. 260.

A. rapporte deux cas de lichen plan chronique dans lesquels un certain nombre de lésions devenaient parfois bulleuses spontanément ou sous l'influence d'un grattage énergique; ces bulles étaient parfois sanguinolentes. A. est disposé à rattacher ces formations vésiculeuses ou bulleuses aux glandes sudoripares. W. D.

Lupus érythémateux.

Lupus érythémateux, par EHRMANN. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 8 mai 1901.

E. présente un cas de lupus érythémateux qui a envahi l'hélix et l'anthélix des pavillons des oreilles, et les deux lèvres mais non le menton; ce lupus est disposé en petits foyers sur la muqueuse buccale. Cette localisation est importante pour déterminer si le lupus érythémateux part des glandes sébacées et des glandes sudoripares. A. DOYON.

Lupus érythémateux, par ROSENTHAL. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 4 février 1902.

R. présente une fille de 32 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face datant de 3 ans, avec lésions des mains qui existent depuis environ 10 ans. Sur les faces dorsale et palmaire des mains et des doigts il existe des taches rouge bleuâtre avec un centre cicatriciel qui paraît comme perforé par des épingles. Il s'agit ici d'une variété de lupus érythémateux, du lupus pernio. Les ongles sont minces, à sillons longitudinaux, grisâtres. Pas de tuberculose dans la famille ; la malade paraît avoir une légère lésion des sommets.

Pinkus a observé cette malade pendant plusieurs mois. Il n'a regardé les mains bleuâtres et froides que comme un symptôme concomitant de l'anémie générale et d'une circulation défectueuse, sans penser que l'affection représentait une transition aux cas de lupus pernio des auteurs français, mais il se rallie à l'opinion de Rosenthal.

Rosenthal remarque qu'il ne s'agit pas ici d'une cyanose diffuse des mains, mais de plaques bleues circonscrites. La forme de lupus pernio mérite d'être décrite sous ce nom parce qu'elle constitue un type pathologique distinct. R. n'admet pas que le lupus pernio soit une forme mixte de lupus érythémateux et de lupus tuberculeux; il ne serait qu'une simple variété du lupus érythémateux ordinaire. A. Doyon.

Lupus vulgaire.

Éléphantiasis d'origine lupique, par Kreibich. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 8 mai 1901.

K. présente un cas d'éléphantiasis dont le point de départ est un lupus de la jambe droite qui, à partir du genou, a doublé de volume et est recouverte d'une peau épaisse, calleuse et de cicatrices consécutives à des foyers exulcérés de lupus vulgaris et tumidus. Sur les orteils, notamment dans les espaces interdigitaux, se trouvent des proliférations papillaires, compactes, mamelonnées. Le lupus existe depuis 14 ans, l'éléphantiasis n'est survenu que depuis 4 ans.

K. rappelle que Hebra et beaucoup d'autres auteurs ont rapproché ces formes de lupus de la syphilis, dont les ulcères gommeux peuvent devenir le siège d'éléphantiasis. Toutefois la présence de petites nodosités sur les jambes et à la plante des pieds, éloigne plutôt l'idée de syphilis, car des efflorescences papuleuses ne persistent pas si longtemps. A. Doyon.

Lymphangiectasies.

Lymphangiectasies consécutives à l'extirpation totale des ganglions inguinaux, par Held. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 5 novembre 1901.

H. présente deux malades auxquels on a enlevé tous les ganglions inguinaux pour des bubons consécutifs chez l'un à une blennorrhagie, chez le second à un chancre simple. Ces deux malades ont eu dans l'espace de 2 à 3 mois une tuméfaction des organes génitaux, avec troubles généraux et fièvre intense. Survinrent ensuite de petites vésicules d'où s'écoulait un liquide séreux dont la quantité atteignait parfois un verre. Il est probable que dans ces deux cas il y avait un déplacement des vaisseaux lymphatiques qui a occasionné ces stases lymphatiques. Chez l'un de ces malades, H. a essayé d'enlever quelques cicatrices, mais sans succès.

Lesser remarque que ce cas montre le grand danger de l'extirpation totale des bubons. Il se rappelle une jeune fille chez laquelle l'engorgement ganglionnaire était d'origine tuberculeuse; l'opération avait eu pour conséquence des cicatrices étendues. Il y avait une lymphorrhée typique, avec de nombreuses petites vésicules formées par l'ectasie des capillaires lymphatiques. On cautérisa avec le Paquelin les points dans lesquels s'ouvraient les vaisseaux. A la suite il se développa des cicatrices

solides sur les lèvres et le pubis et il y eut une amélioration notable.

Wechselmann a vu, après une extirpation totale des ganglions inguinaux, survenir une éléphantiasis considérable de la jambe.

Mankiewicz recommande, dans les cas où l'extirpation des cicatrices n'est pas praticable ou n'atteint pas le but désiré, de faire une injection de thiosinamine qui a la propriété de ramollir les cicatrices.

Adler dit que dans un de ces cas de bubon très grave qui avait nécessité plusieurs opérations, il s'était produit avant la guérison définitive une tuméfaction du pénis. Ce malade avait eu en outre une violente inflammation du scrotum, de caractère érysipélateux avec fièvre intense. L'inflammation céda dès le début de la lymphorrhée. L'éléphantiasis n'est à craindre que si on extirpe les ganglions lymphatiques profonds. A. Doyon.

Maladie de Raynaud.

Maladie de Raynaud, par Van der Wyk. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

V. d. W. présente un malade atteint de maladie de Raynaud.

Écartant la gangrène hystérique, la maladie de Morvan et les intoxications pouvant amener la gangrène, il conclut qu'il s'agit de la maladie de Raynaud sans concomitance de sclérodermie : ces deux maladies ont beaucoup de points de commun et semblent pouvoir se confondre. Le traitement a consisté en des bains de mains alternativement chauds et froids, en badigeonnages de santal et d'éther et en pansement avec un onguent indifférent. Après l'amputation du doigt, la blessure ne se mit à saigner qu'après que le malade eût fait de violents mouvements avec les bras et le corps.

Spruyt Landskroon demande si la maladie a coïncidé avec la fin des règles et communique un cas de sclérodactylie qui débuta à la fin des règles et eut pour résultat la chute de la dernière phalange de huit doigts. Les courants de haute fréquence n'eurent aucun effet et le malade ne pouvait pas supporter l'iodothyrine. Le processus se propagea plus tard jusqu'au coude et même jusqu'au visage et à la poitrine.

Le cas fut traité au moyen de tablettes d'ovarine, grâce auxquelles la maladie s'améliora beaucoup.

Doigt mort, par Ehrmann. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 6 novembre 1901.

E. présente une femme dont le médius et l'annulaire de la main droite sont visiblement plus pâles que les autres doigts du même côté ; à la main gauche, ce même état existe, mais à un moindre degré, sur le médius. Les deux doigts médius sont presque froids, les ongles d'un gris noir. Peut-être s'agit-il ici du début de la maladie de Raynaud ? Reil a décrit cette lésion sous le nom de doigt mort. Cette femme est fabricante d'éventails depuis 1893, sa maladie date de 3 mois. Au début, elle éprouvait des douleurs dans les os du métacarpe, avec propagation vers les phalanges. On admet en général que dans ces cas on a affaire à une maladie centrale ; toutefois E. croit qu'il y a aussi des lésions périphériques des vaisseaux sanguins, comme Pitres et Vaillard l'ont constaté. A. Doyon.

Maladie de Raynaud de nature hystérique, guérie par la suggestion indirecte, par SOUQUES. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 6 juin 1902, p. 538.

Homme de 27 ans, très nerveux, présentant depuis l'âge de 17 ans des troubles vaso-moteurs paroxystiques (syncope locale, asphyxie des extrémités, hypothermie) accompagnés d'anesthésie et de douleurs vives qui rappellent tout à fait les crises de maladie de Raynaud; ces troubles se sont localisés aux mains, parce que c'est aux mains que le malade a eu, à la suite d'une morsure de la main droite par un chien, des lésions inflammatoires ayant duré 7 mois, qui ont changé le régime vaso-moteur, ont fixé l'attention du malade et par suite localisé la névrose; les crises occupent parfois les deux mains, le plus souvent une seule, se sont répétées chaque jour une ou deux fois pendant 10 ans, et depuis un an sont devenues plus fréquentes; actuellement il y en a 8 à 10 par jour.

On fait prendre au malade des pilules au bleu de méthylène, en lui affirmant que la coloration bleue de ses mains passerait dans ses urines et qu'à ce moment il serait guéri. On a obtenu ainsi une guérison qui dure depuis quinze jours. G. T.

Syndrome de Raynaud, tétanie, sclérodermie, par FOLLET et SACQUÉPÉE. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 20 juin 1902, p. 585.

Femme de 23 ans, ayant depuis 6 mois des accès d'asphyxie locale et de tétanie localisés d'abord au membre supérieur droit, mais ayant bientôt envahi le membre symétrique et à un moindre degré les deux membres inférieurs; les accès reviennent 8 à 10 fois par 24 heures, intéressent tantôt les deux membres supérieurs, tantôt un seul des membres inférieurs, début par des picotements pénibles, avec sensation d'onglée, puis la peau devient noire comme de l'encre, et les doigts se fléchissent, l'avant-bras se place en flexion et pronation, le bras en adduction; dans l'intervalle des crises, les mains restent froides, mais la coloration normale. Les troubles trophiques, qui ont débuté en même temps que les crises asphyxiques et tétaniques, consistent en un œdème dur, très fugace, une induration généralisée et persistante de la peau, avec quelques nodules fibreux; il y a une rétraction de l'aponévrose palmaire au niveau des deux derniers métacarpiens, des ulcérations torpides et des cicatrices déprimées à la face palmaire des doigts, dont chacun est atteint en deux endroits au moins, de préférence au niveau des plis de flexion; pas de panaris; pas de troubles trophiques des pieds, à l'exception d'un état fendillé et cassant des ongles; muscles de l'éminence thénar fortement atrophiés des deux côtés; sensibilité objective partout indemne. G. T.

Médicamenteuses (Éruptions —).

Éruption pemphigoïde antipyrinique, par P. TROISFONTAINES. *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1901, n° 4.

Homme de 37 ans, alcoolique, ayant pris souvent, quelques années auparavant, 3, 4 et 5 grammes d'antipyrine par jour sans intolérance. Le 15 mars, après avoir pris 2 grammes d'antipyrine en deux doses, à 2 heures d'intervalle, il fut atteint de troubles gastro-intestinaux intenses avec érythème

scarlatiniforme généralisé. Quelques jours après, celui-ci fit place à une éruption pemphigoïde qui envahit toute la surface du corps. Le liquide des bulles, traité par le perchlorure de fer, donnait la réaction de l'antipyrine. Guérison rapide avec desquamation épidermique abondante. L. Dekeyser.

Érythème toxique, par Neumann. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 23 octobre 1901.

N. a observé une femme dont le visage était rouge et œdématié; à la paume des mains et à la plante des pieds, bulles tendues du volume d'une noisette, à leur pourtour la peau est rouge et œdématiée; vers le tendon d'Achille elle est fortement tendue. Ces caractères rappelaient au début ceux de l'herpès iris, bien que cette variété soit en général localisée aux côtés de l'extension. D'autre part, on pouvait penser à un érythème toxique parce que N. avait prescrit à cette malade, dans le courant de l'été, de la liqueur de Fowler pour une furonculose rebelle. En octobre, douleurs à la plante des pieds, marche presque impossible.

Cette affection paraît être provoquée par l'arsenic. Cependant, si l'on tient compte de ce fait que cette malade n'a pris en plusieurs mois que 40 grammes de solution arsenicale, il faut rapporter les accidents non à la grande quantité d'arsenic, mais bien plutôt à une disposition individuelle.

Ulmann a observé un cas analogue, la prédisposition consistait en une hyperhidrose.

Ehrmann fait observer que souvent l'hyperhidrose n'apparaît qu'après le traitement arsenical, et elle n'est que la période de début de l'hyperkératose causée par l'arsenic. Dans un cas semblable l'hyperhidrose disparut immédiatement après la cessation de l'arsenic. Il a vu aussi un lichen ruber plan, chez une femme atteinte de cyanose, qui, après avoir pris de faibles doses d'arsenic, éprouva des symptômes analogues.

Nobl rappelle que, parmi les dermatoses provoquées par l'arsenic, on a signalé des formes bulleuses.

Weidenfeld a constaté expérimentalement la contraction directe des vaisseaux de la peau sous l'influence des solutions arsenicales; elle se prolonge pendant deux à trois heures. A. Doyon.

Mélanodermies.

Mélanodermie de cause incertaine (maladie d'Addison ou maladie des vagabonds), par P. Marie et Guillain. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 7 mars 1902, p. 198.

Homme de 76 ans, ayant beaucoup souffert depuis 20 ans de privations, de misère et de manque de soins; depuis 10 ans, a remarqué que son corps était anormalement pigmenté; dit ne s'être jamais gratté. Actuellement, mélanodermie très accentuée, respectant la face, les mains, les jambes et les pieds; des taches plus foncées et lisses, ressemblant à des taches de lentigo, se voient sur le fond sombre de la mélanodermie et sont surtout nombreuses à la partie antéro-interne des cuisses et à la partie supérieure des bras; pas de coloration anormale des muqueuses; jamais de douleurs, ni de vomissements; sclérose pulmonaire avec bronchiectasie; anémie peu intense avec leucocytose légère; réflexes cutanés et tendineux abolis ou très faibles.

M. et G. pensent qu'il s'agit d'une forme anormale, uniquement mélanodermique, de la maladie d'Addison.

Danlos croit qu'il s'agit de mélanodermie phthiriasique avec superposition d'une autre cause de pigmentation à déterminer. G. T.

Les mélanodermies d'origine biliaire, par A. Gilbert et P. Lereboullet. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2 mai 1902, p. 383.

Chez des sujets atteints de pigmentations de formes cliniques très variées G. et L. ont relevé l'existence de la cholémie familiale (coloration du sérum sanguin qui donne la réaction de Gmelin), que la pigmentation soit en apparence spontanée ou provoquée.

Ils ont observé fréquemment dans le cours de la cholémie familiale l'existence de nævi pigmentaires plans ou verruqueux. Les sujets porteurs d'éphélides, de lentigo, de taches de rousseur sont très souvent des cholémiques. Les pigmentations que les anciens auteurs désignaient sous le nom de taches hépatiques et qui consistent tantôt en taches petites disséminées sur un fond de teint plus ou moins pigmenté, parfois localisées autour des yeux, tantôt en un véritable masque, répondant au chloasma des anciens auteurs, et constitué par des taches larges variant du jaune sale au brun noirâtre, occupant les tempes et le front, se rencontrent également chez des sujets atteints de cholémie. Les pigmentations de la grossesse (masque, ligne brune abdominale) paraissent plus fréquentes et plus développées chez les femmes cholémiques. Enfin il existe des pigmentations diffuses, constituant le teint gris ou terreux, qui sont des manifestations de la cholémie, qui peuvent même dans leurs formes les plus accentuées donner aux malades l'aspect d'addisonniens. Ces diverses pigmentations peuvent exister les unes avec les autres ou exister isolément, être associées ou non à la teinte jaune du tégument, au xanthélasma.

Les mélanodermies provoquées (par agents physiques, par chaleur, etc., irritants tels que les vésicatoires, par agents mécaniques tels que le grattage, par des dermatoses antérieures, par la phthiriase) semblent plus fréquentes et plus accusées chez les cholémiques et il se pourrait que la cholémie donnât l'explication de leur développement chez certains sujets et de leur absence chez d'autres.

Il est probable que la cholémie intervient également dans la production de la mélanodermie addisonnienne et des mélanodermies toxiques, arsenicales et autres.

Les pigmentations des muqueuses peuvent également se produire dans la cholémie.

L'examen histologique, pratiqué dans 4 cas, a montré que le pigment occupe surtout les couches basales de l'épiderme, qu'il s'y trouve sous la forme de grannulations plus ou moins abondantes, qu'il a une coloration brune plus ou moins foncée, allant parfois jusqu'au noir ; dans les cas prononcés, on le retrouve également dans les couches les plus superficielles du corps de Malpighi, mais il n'existe pas nettement dans les couches superficielles de l'épiderme ; dans le derme, on retrouve de loin en loin de petits amas pigmentaires, moins apparents que dans l'épiderme, et également intracellulaires. Le pigment ne paraît pas exister au niveau des

glandes sudoripares et sébacées. Son aspect et sa disposition dans l'épiderme rappellent ceux de la mélanine et il ne présente pas les caractères du pigment ocre. Réserve faite de son abondance, la disposition rappelle celle du pigment normal.

Il semble que la cholémie provoque ces pigmentations à la fois en stimulant la fonction pigmentaire des cellules épidermiques et en leur apportant, sous forme de pigment biliaire, la matière nécessaire à l'élaboration de la mélanine ; elle est cependant insuffisante à amener à elle seule ce résultat, que des causes occasionnelles peuvent produire en s'ajoutant à elle. G. T.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde, par DOUTRELEPONT. *Niederrheiner Gesellschaft f. Natur-u. Heilkunde zu Bonn*, 18 juin 1900.

D. présente un homme de 54 ans, atteint de mycosis fongoïde. Sur presque tout le corps on voit des plaques rouges, en général rondes ou de formes irrégulières, variant du rouge clair au violet livide, et dont la surface est recouverte de larges squames peu adhérentes. Dans la plupart des points malades il n'y a qu'une légère infiltration de la peau, tandis que sur le mollet gauche, le dos, le genou droit et le bras, il existe des infiltrats aplatis, profonds, proéminents, d'une teinte livide, qui sont le début des tumeurs fongueuses. Le malade accusait, au moment de son admission à la clinique, un violent prurit qui a disparu à la suite de 10 injections sous-cutanées d'arsenic.

D. présente des images stéréoscopiques d'une malade avant le traitement et après la guérison qui se maintient depuis 2 ans. Dans les autres cas qu'il a observés, l'arsenic a déterminé une amélioration mais pas de guérison complète. L'étiologie de cette affection est encore très obscure. Il s'agit probablement d'une maladie infectieuse chronique dont on n'a pas encore trouvé le virus. Dans ce cas et dans celui qui a été guéri, D. a pu constater la présence de nombreuses cellules éosinophiles, tandis que dans les autres cas ces cellules étaient en faible proportion. A. DOYON.

Mycosis fongoïde (A case of mycosis fongoïdes), par W. BREAKEY. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1902, p. 316.

Observation de mycosis fongoïde typique ayant duré 5 ou 6 ans, remarquable par l'extrême abondance des tumeurs ; la mort est survenue par broncho-pneumonie après une longue période de marasme.

L'autopsie, faite très minutieusement, a montré de l'augmentation de volume de tous les ganglions lymphatiques superficiels, surtout ceux de l'aine. Les reins sont gros et congestionnés ; le foie est très augmenté de volume, semé de petits points blanchâtres.

L'examen histologique a montré dans les tumeurs cutanées une structure analogue à celle des lymphosarcomes. Dans les amygdales, le tissu normal est complètement remplacé par un tissu analogue à celui des tumeurs de la peau ; il en est de même des ganglions cervicaux, axillaires, cubitaux et inguinaux, mais non des ganglions profonds. Dans les poumons, outre les lésions de broncho-pneumonie, on trouve des petits nodules secondaires offrant la structure des tumeurs.

De la discussion des résultats de l'autopsie, B. conclut que le mycosis se rapproche beaucoup plus des sarcomes que des granulomes. W. D.

Nerveux (Dermatoses et système —).

Rapports entre le trajet et la distribution des nerfs dans la peau, et la forme, la répartition et le groupement des dermatoses, par Blaschko. *VII Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, Breslau, mai 1901.

B. (rapporteur) montre que la disposition en traînées (unilatérale ou bilatérale) d'une dermatose n'est pas une preuve qu'elle a pour point de départ une lésion nerveuse. Dans les dermatoses qui revêtent la forme de traînées ou de bandes on ne saurait, il est vrai nier, comme dans les nævi linéaires, un rapport possible entre ce mode de groupement et des troubles nerveux; toutefois on peut en grande partie expliquer quelques-unes de ces dermatoses d'une manière suffisante par la prédisposition de certaines lignes (métamériques) sur la peau. Pour les dermatoses qui occupent à peu près les limites d'un territoire nerveux périphérique ou spinal on peut soupçonner une lésion périphérique, radiculaire ou spinale, surtout si la maladie s'accompagne de troubles de la sensibilité dans le territoire affecté ou d'autres symptômes nerveux.

L'herpès zoster provient constamment d'une lésion qui n'a souvent pour siège qu'un ganglion spinal unilatéral.

L'envahissement du territoire de nerfs spinaux voisins peut résulter de la lésion de plusieurs ganglions, par les anastomoses de deux nerfs spinaux. L'existence d'un zona myélomère (Brissaud) n'est pas vraisemblable. Les nævi linéaires suivent un système régulier de lignes, probablement celui que contiennent les bourrelets du réseau de Malpighi, les papilles du derme. Les nævi linéaires représentent des segments métamériques de ce système qui correspondent aux différents dermatomes ou plus probablement encore à des limites de dermatomes. Ils sont la conséquence de troubles de développement pour lesquels l'existence de lésions antérieures des nerfs n'est pas nécessaire.

Les nævi pigmentaires, les nævi mous, les nævi pilaires et vasculaires ne correspondent pas aux métamères de la peau; il en est de même des troubles vasculaires de la peau et des angionévroses, ainsi que du purpura et du vitiligo.

La sclérodermie en bandes suit souvent les lignes de démarcation de Voigt, d'autres dermatoses linéaires de caractère indéterminé présentent aussi cette particularité. Parfois même le psoriasis typique, le lichen ruber, l'eczéma et les syphilides suivent ces lignes.

Lesser dit que tous les cas de zoster n'ont pas pour point de départ une lésion des ganglions intervertébraux.

Grouven a observé un cas qui confirme cette opinion; l'herpès zoster avait envahi d'abord le front, puis les deux joues et enfin le mollet droit.

Blaschko insiste sur ce que dans les atrophies de la peau on n'a pas trouvé de lésions des nerfs. Il croit plutôt que le processus progresse le long des parois vasculaires. Contrairement à Lesser, il rappelle que, dans toutes les nécropsies d'herpès zoster dans lesquelles on a examiné avec soin les ganglions spinaux, on a toujours constaté des lésions; il en a été ainsi dans 35 cas. A. Doyon.

Dermatoneurose hyperkératosique par traumatisme; récidive par influence morale, par V. Lespinne. *Progrès médical belge*, 1901, n° 4.

Un traumatisme violent, portant sur l'articulation du coude, chez un homme de 26 ans, neuro-arthritique, détermine une compression subite et violente du nerf médian avec névralgies consécutives dans le territoire de ce nerf. Huit jours après la guérison complète des symptômes fonctionnels et douloureux, prurit, gonflement cutané avec vésicules petites et superficielles et reprise des douleurs par accès. L'éruption occupait la face palmaire de la dernière phalange des trois premiers doigts et une partie de la deuxième phalange. Sur la face dorsale du doigt, les lésions occupaient une bande transversale d'un demi-centimètre de largeur à partir de l'émergence de l'ongle. L'annulaire présentait, mais à un degré moins intense, les mêmes lésions sur sa moitié radiale. Les vésicules furent rapidement remplacées par de petites squames minces qui disparurent à leur tour pour faire place à une hyperkératose durable avec disparition de la sensibilité, crevasses douloureuses, lésions trophiques des ongles. Atrophie de l'éminence thénar. Au bout de quelques mois, disparition des lésions à gauche, mais succession des mêmes symptômes et dans le même ordre à droite.

Pendant toute une période, l'affection atteignit ainsi alternativement la main gauche et la main droite, parfois les deux mains simultanément. Il survint deux récidives par influences morales. Actuellement, guérison définitive. L. Dekeyser.

Ongles (Maladies des —).

Contribution à l'étude des maladies des ongles (Zur Casuistik der Nagelerkrankungen), par J. Heller. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 249.

H. décrit un cas d'onycholosis chez une jeune fille de 21 ans, d'ailleurs bien portante et sans antécedents héréditaires. Depuis 2 à 3 mois cette malade remarque que ses ongles se soulèvent. Le plateau et les bords des ongles ne sont nullement modifiés. La consistance est plus prononcée. Mais ce qui est frappant, c'est la modification de l'incurvation dans le sens longitudinal, qui apparaît nettement surtout à l'index droit. Il y a incontestablement une courbure hippocratique des ongles ; elle existe sur tous les ongles malades à un degré plus ou moins caractérisé. Le lit de l'ongle est absolument normal et ne présente pas de kératose sous-unguéale. Sensibilité normale, avec un léger degré d'hyperhidrose, ainsi qu'une légère séborrhée du cuir chevelu indiquant une certaine tendance à l'eczéma. Les ongles des orteils n'étaient pas sensiblement déformés. Le traitement consista en badigeonnages avec un liniment composé de : acide salicylique, 5 grammes; résorcine, 3 grammes ; glycérine, 10 grammes; alcool rectifié, 25 grammes. En même temps on donnait des manuluves chauds. Ultérieurement H. prescrivit des préparations de goudron. Lorsque l'amélioration fut nettement visible, on ordonna des applications de paraplastes au zinc et au goudron pour agir mécaniquement en modifiant la croissance et chimiquement par les médicaments. Après 6 mois de ce traitement une amélioration notable s'était produite. A. Doyon.

Papulose du pénis.

Éruption papuleuse du pénis, par Pinkus. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 3 décembre 1901.

P. présente un malade atteint d'une éruption papuleuse singulière du pénis, qui au premier abord ressemblerait à un amas considérable de follicules ; cliniquement elle s'en distingue en ce que la peau est ici le siège de lésions pathologiques. Les papules n'ont tendance ni à progresser ni à rétrocéder. La maladie diffère du lichen ruber plan par la coloration des papules. P. a observé 7 cas semblables et jamais il n'a trouvé une seule papule de lichen sur le reste du corps. Ce sont des papules petites, arrondies, très confluentes, parfois séparées les unes des autres par des intervalles de peau normale, avec au centre une légère dépression ou un petit trou. Au microscope ces papules représentent un granulome, consistant en grande partie en cellules rondes et épithéliales avec nombreuses cellules géantes. L'infiltration est adossée à une tige épithéliale épaisse formant une saillie ; dans la profondeur elle est traversée par un bouchon corné épais ; sous les autres cellules il y a une nécrose facilement visible. P. croit qu'il s'agit d'une nécrose du segment inférieur d'un follicule ; c'est probablement une maladie infectieuse. A. Doyon.

Pelade.

La pelade est-elle contagieuse? par Cruyl. *La Clinique*, 1901, n° 17.

C., depuis quelques mois, fait une enquête sur les cas de pelade qui se présentent à la consultation de l'hôpital de Gand, dans le but de rechercher des cas de contagion indiscutables. Sur 30 cas observés jusqu'ici, aucun cas de contagion n'a été relevé. Cependant la plupart des malades vivent dans des conditions hygiéniques déplorables. Deux ou trois peladiques ont 6 à 8 enfants, et cependant il n'a été constaté aucun cas de transmission de l'affection. L. Dekeyser.

Alopécie en aires, par Schiff. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 8 mai 1901.

S. présente un cas d'alopécie en aires. Le traitement par les rayons Röntgen de cette malade, d'après la méthode de Kienböck, a été essayé par Freund, mais n'a donné jusqu'à présent aucun résultat. Il en a été de même dans un autre cas avec la faradisation par le procédé d'Ehrmann.

Neumann voudrait, pour le contrôle de ces nouvelles méthodes, les voir appliquer non à des enfants, mais à des adultes, car chez les premiers l'alopécie en aires, quand elle n'est pas généralisée, peut guérir spontanément. Il importe de rechercher si, chez des sujets de 30 à 40 ans, la pelade, existant depuis longtemps et ayant résisté au traitement par les pommades, guérit encore avec les rayons X.

Ehrmann dit que le remplacement des poils avant 6 à 8 semaines est impossible parce qu'ils ne poussent que d'environ un centimètre par mois et que leurs racines se trouvent à 7 ou 8 millimètres de profondeur. Dans les parties où il y a encore des germes ils repoussent avec toutes les méthodes, mais s'il y a déjà de l'atrophie la faradisation ne produit rien.

Kaposi fait remarquer que la croissance des cheveux dans l'alopécie est si accidentelle et si bizarre qu'on peut l'observer dans les conditions les plus

différentes. Cette variabilité tient à des imprévus, tels que leur croissance plus forte à certains moments et à l'âge des malades. Précisément, cette année, il a observé de nombreux cas d'alopécie.

Il y a de telles diversités dans la durée de la maladie, dans son expansion, dans l'âge des individus atteints qu'il est difficile de tirer des conclusions fermes. A. Doyon.

Alopécie en aires généralisée, par Gebert. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 11 juin 1901.

G. présente une femme de 45 ans, atteinte d'alopécie en aires généralisée. En 1892 elle reçut un coup sur la tête; on rasa la moitié du crâne et on sutura la plaie. Trois ans plus tard il survint pour la première fois une plaque alopécique qui persista un an. L'alopécie actuelle a commencé en octobre 1899, tous les cheveux et les sourcils sont tombés, ainsi que les cils, les poils des aisselles et du pubis. Depuis son accident, cette malade souffre constamment de céphalalgie. G. rapportait jusqu'à présent cette alopécie à une maladie nerveuse, mais on peut en douter quand on observe la rapidité de la chute des cheveux et des poils qui s'est produite dans l'espace de 3 mois. Tous les poils follets ont aussi disparu, de sorte que la peau est lisse comme celle d'une anguille. Des badigeonnages avec la chrysarobine amenèrent une violente dermatite.

Ledermann a récemment traité de nombreux cas d'alopécie en aires et croit que dans ces dernières années cette affection a beaucoup augmenté. Quant à son caractère contagieux, il n'a pas été démontré d'une manière positive.

Isaac rapporte un cas dans lequel un traumatisme sur le crâne amena la chute presque complète des cheveux qui ne repoussèrent qu'au bout de 3 ans.

Lesser permet aux enfants atteints d'alopécie en aires de fréquenter les écoles et de suivre les colonies de vacances; jusqu'à présent il n'a jamais observé un cas de contagion.

Gebert dit que même l'apparence d'épidémies observées dans quelques écoles ne démontre pas le caractère infectieux, puisque d'autres maladies nerveuses apparaissent aussi d'une manière épidémique. Il a permis à des enfants atteints d'alopécie en aires de prendre part aux colonies de vacances. Cette maladie a, dans ces derniers temps, augmenté à Berlin.

Saalfeld regarde les cas dans lesquels il survient, après un traumatisme, une chute assez abondante des cheveux, comme résultant non d'une affection des nerfs trophiques, mais de troubles de nutrition du territoire cutané alopécique. A. Doyon.

Pemphigus.

Pemphigus aigu, par Kreibich. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 8 mai 1901.

K. présente un garçon de 10 ans, atteint de pemphigus aigu qu'au début on aurait pu confondre, en raison de sa localisation au visage, avec un impétigo contagieux, car à ce moment il n'y avait que des croûtes impétigineuses autour de la bouche et du nez et quelques vésicules. Pour vérifier les récentes données sur l'étiologie de l'impétigo, on examina quelques

Pityriasis rosé.

Herpès tonsurant des membres et eczéma marginé des membres inférieurs, par Neumann. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 22 mai 1901.

N. présente un malade atteint d'herpès tonsurant des membres et d'eczéma marginé des membres inférieurs. Dans la région de l'ombilic et sur la face de flexion des membres inférieurs, surtout dans la région fessière, il existe des plaques discoïdes, disséminées, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume de la main d'un enfant, dont le centre est en général recouvert de squames minces, très adhérentes, et dont la périphérie est formée par des vésicules ou de petites pustules. A la face interne des cuisses et vers le pubis, la peau est d'un rouge sombre, en défurfuration et les bords des plaques sont très nettement séparés de la peau normale environnante par des vésicules très confluentes ou des papules de la grosseur d'un grain de mil. Sur le pénis, groupe annulaire d'efflorescences analogues, dont le centre est guéri. Sur la face dorsale des pieds et dans la région des malléoles les parties malades ont une teinte livide sombre. Les régions pilaires sont indemnes. A. Doyon.

Poils (Changement de coloration des —).

Canitie des cheveux en petites touffes, par Guth. *Breslauer dermatologische Vereinigung*, 23 novembre 1900.

G. présente un homme de 29 ans qui, depuis 10 mois, a sur la moitié gauche de la tête une canitie en petites touffes. Un groupe de cheveux commença à grisonner au voisinage du vertex, et ensuite il se forma rapidement d'autres groupes qui tous constituaient une ligne convexe arciforme se dirigeant vers l'occiput. Sur ces foyers les cheveux gris tombèrent très rapidement. Depuis quelques semaines, le processus s'est arrêté. Les foyers n'ont pas une ligne de démarcation très nette. La peau est normale, et en dehors des zones de dépigmentation les cheveux ne sont pas modifiés. Sur la joue gauche il existe aussi deux points dépigmentés ; toutefois le malade ignore si cette dépigmentation existait autrefois ou si elle est survenue en même temps qu'à la tête.

Schæffer rapporte un cas analogue. Chez un jeune homme il survint, en très peu de temps, plusieurs plaques alopéciques sur la tête, et en même temps trois îlots de canitie des cheveux sous forme de petites aigrettes. A. Doyon.

Leucodermie et canitie, par Finger. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 22 mai 1901.

F. présente un malade, atteint d'une syphilide du côté droit de la face, de la région temporale et de la région susauriculaire vers le cuir chevelu. Dans ces parties les poils sont tous peu pigmentés, presque d'un blanc gris, tandis que sur le corps ils ont conservé leur pigmentation normale. Il s'agit donc d'une atrophie des chromatophores correspondant à l'infiltration syphilitique du derme et à l'atrophie consécutive. Ce malade n'a été jusqu'à présent soumis à aucun traitement. F. rappelle un autre cas dans lequel il existait une leucodermie étendue et en même temps une atrophie du pigment de la peau et des poils.

Ehrmann dit qu'il est incontestable que chez ce malade la canitie des

poils se rattache à la syphilis; la dépigmentation pilaire s'observe sur le territoire de la syphilide. Ici les chromatophores qui occupent le bulbe pilaire sont détruits ; peut-être les poils tomberont-ils plus tard.

Neumann remarque que, jusqu'à présent, on n'avait pas décrit l'apparition de poils blancs sur le territoire d'une syphilide. Il y a lieu de rechercher si la décoloration des poils progresse en même temps que la syphilide.

Kaposi dit que l'analogie avec la leucodermie n'est pas tout à fait exacte, car il faut regarder l'infiltrat serpigineux comme une syphilide tardive avec atrophie cicatricielle quoiqu'il n'y ait pas de cicatrices visibles.

Finger fait remarquer qu'il n'a pas non plus considéré la cicatrice atrophique comme ayant été précédée d'un ulcère et que dans l'autre cas, où, en connexion avec une leucodermie, il survint de l'albinisme, la décoloration des poils progressa en même temps que s'étendait la leucodermie. A. Doyon.

Porokératose.

Cas de porokératose Mibelli, par Harttung. *Breslauer dermatologische Vereinigung*, 23 novembre 1900.

H. présente un jeune homme de 24 ans, sans antécédents héréditaires, qui depuis 2 ans a remarqué, d'abord sur une cuisse, puis à la région pubienne, de petites aspérités d'où la pression faisait sortir une masse caséeuse, et qui peuvent faire penser à un lichen verruqueux. Ensuite apparurent de petites saillies bosselées sur le thorax et le dos, qui se développèrent très lentement et se transformèrent en petits cercles à centre déprimé. Ni prurit ni malaises. L'arsenic n'a modifié en rien cet état, correspondant exactement à la description de Mibelli. Pas de lésions au visage et aux mains.

Neisser serait disposé à croire qu'il s'agit d'un lichen ruber atypique. L'absence de lésions sur les mains est aussi extraordinaire, car dans tous les cas typiques elles étaient atteintes.

Chotzen se rappelle avoir observé autrefois un cas qu'il regarda alors comme lichen ruber, mais qu'il tient actuellement pour un cas de porokératose. Il y eut d'abord sur la face dorsale des pieds, plus tard sur les cuisses — les mains restèrent ici également indemnes — des papules non enflammées, du volume d'une lentille à celui d'un haricot, jaune pâle, de 3 à 5 millimètres de hauteur, qui peu à peu s'étendirent et se déprimèrent au centre. L'arsenic à l'intérieur et sous forme d'emplâtre ne donna pas de résultat. A. Doyon.

Porokératose, par Galloway. *Dermatological Society of London*, 12 juin 1901.

G. présente une jeune femme de 23 ans. Les premières lésions sont apparues à 17 ans, sur la face dorsale des deux mains, au niveau du premier espace interdigital ; d'autres ont apparu successivement au niveau de l'espace interdigital gauche, puis à la commissure buccale. Ces plaques mesurent de 2 à 5 centimètres ; elles sont constituées par une bordure cornée saillante avec une fissure au sommet ; l'aire circonscrite présente une surface à peu près normale ou semée de petites saillies cornées ; il n'y a pas d'infiltration dermique. Cette affection est tout à fait différente du

lichen plan annulaire bien qu'un certain nombre des cas qui ont été publiés sous le nom de porokératose soient très probablement du lichen plan annulaire. W. D.

Prurit.

Le prurit et les dermatoses prurigineuses (Ueber das Jucken und die juckenden Hautkrankheiten), par A. Neisser. *Die deutsche Klinik*, 1901.

Si on embrasse d'un coup d'œil tous les états morbides accompagnés de prurit on peut, d'après leur pathogénie, les classer dans trois groupes principaux.

I. — Dans le premier groupe le prurit se manifeste sous l'influence de causes purement externes et en réalité sur la peau saine. Il s'y ajoute soit des irritations urticariennes tout à fait passagères, soit des lésions érythémateuses et eczématiques plus persistantes. En première ligne il faut citer les irritations provoquées par une série de parasites animaux. Les plus inoffensifs sont les mouches, les moustiques, les puces, les punaises et les poux du pubis, le contact des poils de certaines chenilles et plantes. Les poux de tête et les poux des vêtements font des excoriations plus profondes. La pédiculose des vêtements, si elle persiste longtemps, détermine une mélanose généralisée. La gale présente un tout autre aspect ; l'exanthème a une localisation déterminée.

A côté de la gale il faut ranger un certain nombre de parasites qui enfoncent leur trompe dans la peau (puce de sable, ixode ricin). Dans la série des parasites végétaux il suffit de mentionner que le groupe des trichophyties et le pityriasis rosé (que Neisser regarde comme une affection parasitaire) s'accompagnent presque constamment de prurit. Il en est de même des psoriasis (de nature très probablement parasitaire), surtout dans les éruptions subites récentes.

II. — Dans le deuxième groupe, la sensation de prurit provient d'une cause interne. Il en existe deux variétés principales :

a) Le prurit « hématogène », survenant sous l'influence d'une substance chimique qui n'existe pas d'une manière normale dans les liquides organiques : diabète, bon nombre de cas d'ictère, états goutteux et urémiques, certains lymphomes, carcinomes multiples, etc. Peut-être doit-on rapporter à cette forme hématogène le prurit de la leucémie et de la pseudo-leucémie, les auto-intoxications par les voies digestives. A ce groupe humoral il faut encore ajouter le prurit qui s'observe souvent à la suite de l'usage de l'opium, de la morphine, du thé, du café, de l'alcool, etc.

b) Au groupe « neurogène » appartient le prurit qu'on peut rattacher à une maladie nerveuse primaire fondamentale : maladie de Basedow, chorée, hystérie, neurasthénie, psychoses, etc. Il faut encore regarder comme étant de nature nerveuse les prurits qui sont les reliquats d'affections prurigineuses ayant déjà évolué. On dirait d'une certaine irritabilité de la peau et des terminaisons nerveuses consécutives à un prurit qui aurait duré pendant des semaines, de sorte que le prurit persiste, quoique sa cause proprement dite n'existe plus depuis longtemps (parasitophobie). Est encore de nature réflexe le prurit qui apparaît pendant la grossesse, qui complique les maladies utérines et ovariennes, et souvent aussi les

affections gastro-intestinales causées par le ténia, les calculs hépatiques, etc. Il faut ranger dans le même groupe les prurits hiemalis et æstivalis, le prurit sénile, et enfin les différentes variétés de prurit localisé, spécialement à l'anus, à la vulve, aux mains, à la langue, etc.

III. — Le troisième groupe comprend les maladies prurigineuses de la peau dans lesquelles, outre le prurit, il y a de véritables lésions typiques du tégument externe.

a) Maladies proprement dites de la peau, d'étiologie connue ou inconnue, dans lesquelles le prurit n'est très probablement qu'un symptôme et une conséquence des lésions cutanées : eczémas typiques, toutes les variétés de pemphigus, dermatite herpétiforme, mycosis fongoïde, lichen ruber, etc.

b) Toutes les dermatoses urticariennes, œdème aigu, strophulus des enfants, prurigo de Hebra. Dans ces trois formes, que Neisser mentionne comme rentrant dans la classe des urticaires, le prurit joue un rôle important, même le plus important pour ces malades. D'après N., l'urticaire est non seulement une névrose de la sensibilité, mais encore une névrose vaso-sécrétoire.

c) Il reste une classe dans laquelle le rapport du prurit à l'éruption eczématiforme est encore obscur et très contesté. Dans ces affections la question est de savoir si on a affaire à une névrose avec éruptions secondaires mais typiques de la peau provoquées par le grattage, ou si le prurit n'est qu'un symptôme concomitant de la maladie de la peau. La plupart des auteurs français regardent les névrodermites comme des maladies nerveuses primaires, et l'inflammation eczématiforme comme secondaire et provoquée par le grattage sur une peau prédisposée spécialement nerveuse. L'école de Vienne au contraire — et encore aujourd'hui Kaposi — ne veut rien entendre de cette pathogénie nerveuse. Selon N., les auteurs français ont raison d'indiquer comme une forme clinique spéciale de dermatite l'affection désignée primitivement par Vidal sous le nom de lichen simple chronique, et décrite actuellement par Brocq sous celui de névrodermite chronique circonscrite ; seulement N. n'admet pas que cette forme morbide soit la conséquence d'une névrose primaire. Voici comme il l'entend : en général chez des adultes et principalement chez des femmes, on trouve des foyers qui présentent l'aspect d'une peau atteinte d'inflammation chronique diffuse ; ces foyers ne se distinguent en rien d'une plaque typique d'eczéma ; quelques-uns sont le siège d'une inflammation eczématique humide typique, d'autres sont constamment secs. Tout autour d'un foyer dont la surface est quadrillée, la peau épaissie, en légère desquamation, présentant quelques effets de grattage, avec érosions ou croûtelles, il existe quelques papules inflammatoires plus ou moins grattées ou excoriées. Ces foyers occupent toujours des régions disposées aux éruptions eczématiformes et très exposées à des frottements et aux écorchures. Or, il est certain, suivant N., qu'on trouve ces formes morbides — dermatite lichénoïde — souvent liées à un prurit généralisé et à des troubles généraux correspondants. N. range cette variété clinique de dermatite lichénoïde non dans les névroses de la peau ni dans le prurit avec symptômes cutanés consécutifs, mais dans le groupe des eczémas parmi lesquels elle constitue une forme clinique spéciale.

N. fait ensuite un exposé clinique très complet des caractères diagnostiques qui dans la pratique journalière se présentent au médecin quand les malades accusent un violent prurit. La dernière partie de cette intéressante étude est consacrée au traitement du prurit suivant son origine, sa nature et sa localisation, etc. A. Doyon.

Psoriasis.

Psoriasis vulgaire de la paume de la main, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1901.

M. d. C. présente un malade atteint de psoriasis vulgaire à la paume de la main. Il attire l'attention sur la différence entre le psoriasis vulgaire palmaire où les papilles sont circonscrites et qui se présente d'une façon rectiligne dans l'axe des doigts, et le psoriasis syphilitique qui, au contraire, offre la plupart du temps des lignes courbes. Il rappelle le psoriasis neurarthritique des Français (Barthélemy), l'exanthème arthritique palmaire (sans desquamation) et un cas mentionné par Darier, où le psoriasis vulgaire est exclusivement localisé à la paume. Personnellement, il a rencontré 3 autres cas de psoriasis vulgaire de la paume des mains; l'un, dans lequel un exanthème occupait aussi la plante des pieds, fut diagnostiqué par Barthélemy psoriasis neuro-arthritique.

Selhorst croit qu'on ne peut affirmer avec certitude si l'on est en présence d'un psoriasis ou d'un eczéma, un eczéma chronique se montre souvent sous cette forme à la paume de la main, et, comme les cas de psoriasis sont si fréquents, et que les localisations de cette affection à la paume sont si rares, il se peut fort bien qu'on ait ici affaire à un malade atteint de psoriasis qui, en même temps, souffre d'un eczéma chronique à la paume de la main.

Mendès da Costa est d'avis qu'on ne peut songer ici à un eczéma, jamais il n'a vu l'eczéma de la paume des mains offrir cet aspect, et, dans ce cas, jamais il ne s'est produit de vésicules.

Rietema croit que la guérison des lésions des doigts, opposée à la non-guérison des lésions de la paume des mains, plaide en faveur d'un eczéma des doigts.

Mendès da Costa fait remarquer que l'état des paumes s'est également amélioré. Étant donnés la présence de psoriasis sur le corps et le caractère de l'exanthème sur les paumes, il est d'avis que l'on a ici affaire au psoriasis.

Spruyt Landskroon ne trouve là ni l'aspect net du psoriasis ni celui de l'eczéma, et demande si l'affection n'est pas en rapport avec l'usage de l'arsenic.

Mendès da Costa répond qu'à la suite de l'emploi de l'arsenic il se produit une kératose diffuse, chose qui, dans le cas actuel, doit être écartée ainsi que la syphilis.

Recherches urologiques sur la pathogénie du psoriasis (La patogenesi della psoriasi, ricerche urologiche), par G. Verrotti. *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1902.

V. a fait un grand nombre d'analyses des urines de trois sujets atteints de formes différentes de psoriasis: 1° psoriasis vulgaire en gouttes et

nummulaire sur les membres et le cuir chevelu; 2° psoriasis vulgaire généralisé; 3° psoriasis vulgaire généralisé, dermatite desquamative consécutive. Les analyses ont porté sur l'ammoniaque, l'acide oxalique et l'acide urique. Il a constaté d'abord que la glycosurie alimentaire n'est pas constante dans le psoriasis.

Dans la phase régressive du processus psoriasique, avec régime alimentaire mixte, la quantité journalière d'urine est augmentée, et l'élimination de l'ammoniaque, de l'acide urique et de l'acide oxalique n'a pas dépassé la moyenne physiologique, lui a même été inférieure dans un cas.

L'acidification provoquée expérimentalement par l'absorption d'acide chlorhydrique a rendu plus aigu le processus psoriasique, et cette modification a été le résultat de la stagnation des principes acides dans la circulation et en raison inverse de l'élimination par les reins de l'ammoniaque, de l'acide urique et de l'acide oxalique.

L'alcalinisation expérimentale, par ingestion de bicarbonate de soude et modification du régime alimentaire, produit une diminution de l'acidose organique, par suite de l'abondance de l'élimination rénale des principes acides, de l'ammoniaque, de l'acide oxalique, de l'acide urique et une diminution de l'intensité du processus psoriasique.

L'exaspération spontanée du processus psoriasique est en rapport avec une augmentation de la production des acides organiques en circulation; elle est en raison directe de l'acidité organique et en raison inverse de l'élimination par les reins de l'ammoniaque, de l'acide urique et de l'acide oxalique.

A la suite de l'action neutralisante du bicarbonate de soude et de la réduction brusque du processus sous l'influence de la médication locale (acide chrysophanique et pyrograllique) V. a vu dans sa première observation une notable quantité de produits acides versée dans la circulation et éliminée par les reins.

A la suite d'une émotion vive (mort de deux voisins de salle), le malade de la deuxième observation a présenté une élimination d'acide urique libre et d'une notable quantité d'ammoniaque, en même temps que le processus cutané s'accentuait.

V. conclut de ces recherches que le processus psoriasique est sous la dépendance d'une auto-intoxication acide; que la peau, dans ce processus, constitue une voie d'élimination qui peut ou ménager la fonction rénale ou la suppléer quand elle est insuffisante; que l'activité du processus psoriasique tient à deux facteurs, le degré d'acidose et de fonctionnement rénal, qu'elle est en raison directe de la première et en raison inverse du deuxième. G. T.

Purpura.

Morbus maculosus Werlhofii, par Gerson. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 3 décembre 1901.

G. présente un garçon de 9 ans, atteint de maladie de Werlhof, dont la santé était excellente il y a un an, lorsque survinrent chaque jour des épistaxis; depuis 6 mois, hémorrhagies de la peau, d'abord aux jambes et aux pieds, plus tard sur les cuisses, les organes génitaux et les bras; le tronc

est presque indemne. Les avant-bras et les mains sont tuméfiés, parfois au point que le malade ne peut mettre les manches de ses vêtements. Toute nouvelle poussée, survenant en général après des intervalles de 4 jours, s'accompagne de fièvre, de lassitude et de vomissements contenant parfois du sang. Depuis 2 semaines il y a des troubles de la vue, mais à l'ophtalmoscope on ne constate rien d'anormal. L'examen du sang ne révèle qu'une augmentation des leucocytes. La muqueuse buccale est restée indemne, pas de tuméfaction de la rate ni de douleurs articulaires.

Blaschko a présenté il y a quelques années à la Société une jeune fille atteinte d'urticaire hémorrhagique, chez laquelle il y avait en outre des efflorescences papuleuses hémorrhagiques. B. a observé cette malade pendant plusieurs années. Ces hémorrhagies se produisirent pendant 7 à 8 ans et à leur suite les membres présentèrent un aspect tigré. A cet état s'ajoutèrent des hémorrhagies sous-conjonctivales, de la kératite et de la rétinite avec œdèmes et hémorrhagies. On crut à une syphilis héréditaire; un traitement spécifique n'eut pas d'influence appréciable. Après la puberté, il se produisit une amélioration graduelle, les hémorrhagies devinrent beaucoup plus rares. B. considérerait le cas actuel plutôt comme un purpura chronique.

Gerson ajoute qu'il est survenu des hémorrhagies internes et il ne voit aucune raison de ne pas décrire cette affection comme une maladie de Werlhof. A. Doyon.

Purpura métamérique, par H. Roger. *Presse médicale*, 10 mai 1902, p. 447.

Femme de 34 ans, ayant depuis 3 jours, à la suite de courbature, avec céphalée et douleurs lombaires, une éruption qui présente l'aspect d'un rash variolique purpurique (piqueté hémorrhagique punctiforme), confluent par places, formant ainsi d'une part une bande occupant la partie antéro-supérieure et la face interne des cuisses, le pubis, les grandes lèvres, les fesses, d'autre part une plaque occupant les aisselles et reliée à la bande précédente par une bande verticale suivant les parties latérales du tronc, puis des plaques au pli des coudes et à la partie antérieure des poignets, un collier cervical, une bande horizontale au niveau de l'ombilic, deux anneaux à la région des genoux, des plaques sur les cous-de-pied; en outre, taches hémorrhagiques isolées, disséminées, surtout abondantes sur la face antérieure du tronc et des membres, de sorte qu'en 4 jours l'éruption était généralisée; prurit assez intense. Le diagnostic de variole hémorrhagique fut rejeté par suite du peu d'intensité de la fièvre et de l'absence de la formule leucocytaire si caractéristique de la variole. Guérison rapide.

R. insiste sur la disposition métamérique de l'éruption, dont elle indique l'origine spinale, commune à un grand nombre de purpuras qui ont pour cause l'imprégnation de la moelle par des poisons exogènes ou endogènes ou des toxines microbiennes. G. T.

Radiothérapie.

État actuel de la radiothérapie par Schiff. *VII Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

S. montre que dans les dermatoses on obtient d'excellents résultats sans parergies par l'emploi prudent des rayons Röntgen.

S. fait des séances nombreuses mais peu prolongées, et il fait en quelque sorte à chaque malade un traitement préliminaire en appliquant les rayons X à leur plus faible degré pouvant encore produire une dermatite, afin de constater immédiatement toute réaction imprévue et trop rapide de la peau.

Schiff et Freund ont publié 98 cas positifs nouveaux d'épilation qui ont été traités par leur méthode et dans lesquels on a observé les symptômes suivants :

On voit, peu avant que les cheveux commencent à tomber, la peau prendre une légère teinte brunâtre. En même temps le pigment augmentait pour disparaître ensuite rapidement et les cheveux devenaient complètement blancs. Ensuite la peau, qui était rugueuse avant le traitement par suite de la présence des folliculites et des cicatrices, devenait lisse. Dans le favus, le sycosis et autres maladies inflammatoires ou parasitaires des poils, la radiothérapie donne de meilleurs résultats que les autres méthodes de traitement. L'idée théorique de S. et F. était d'enlever les poils qui agissent comme corps étrangers, entretiennent l'inflammation des follicules et de faire disparaître cette cause d'irritation du tissu interfolliculaire et des papilles. Des recherches ultérieures décideront si cette méthode met complètement à l'abri des récidives. Dans le traitement du lupus la radiothérapie produit dans les couches profondes de la peau des inflammations et des nécroses de tissu qui détruisent les nodosités lupiques et transforment les ulcères torpides en plaies de bonne nature. Toutefois, pour les petits foyers très circonscrits et facilement accessibles, l'extirpation avec greffe consécutive reste la méthode idéale.

Les processus ulcéreux étendus et profonds des muqueuses et les lésions non susceptibles d'une intervention opératoire sont justiciables de la radiothérapie. Dans le lupus érythémateux, la méthode de S. amène la disparition des infiltrats ; la peau, sauf la pigmentation des bords, devient pâle, lisse, presque normale.

Dans le traitement des maladies de la peau par les rayons X, S. et F. sont arrivés les premiers à conclure que ce sont les décharges silencieuses de l'électricité de tension accumulée dans les tubes, qui jouent le principal rôle.

S. recommande de n'employer que des tubes à régulateur qui permettent de doser exactement les rayons X actifs. Il conseille en outre, pour éviter les réactions intenses, les tubes durs de préférence aux tubes mous, bien que l'action de ces derniers soit plus rapide et plus efficace. Les opinions sont encore contradictoires relativement à l'action bactéricide des rayons Röntgen ; quelques auteurs croient qu'ils peuvent enrayer jusqu'à un certain point le développement de la tuberculose locale, ce qui est contesté par d'autres.

Finsen présente 10 malades atteints de lupus traités par la photothérapie ; les résultats au point de vue cosmétique sont véritablement remarquables. Chaque malade avait comme contrôle sa photographie prise avant le début du traitement. Toutefois ce traitement exige beaucoup de temps ; chez tous ces malades il a duré plus d'un an.

Schiff et Freund présentent quelques lupiques chez lesquels la muqueuse

était aussi envahie; toutes les lésions ont disparu; reste la question des récidives.

Neisser n'a pas obtenu de résultats satisfaisants de la radiothérapie du lupus. Cela tient sans doute à ce que la clinique de Breslau ne comprend que des cas très négligés et qui réclament par conséquent une intervention énergique des rayons X.

Schiff et Lion insistent sur ce fait que les muqueuses réagissent facilement, voire même plus facilement que la peau. Sous l'influence des rayons Röntgen, L. a vu survenir tout d'abord la réaction sur les muqueuses dans des cas où les rayons étaient dirigés sur la peau avant que celle-ci ne fût atteinte.

Freund et Schiff conseillent, dans le favus, le sycosis et l'hypertrichose, de cesser la radiothérapie dès l'apparition des symptômes suivants : turgescence de la peau, aspect sain provenant d'une imbibition séreuse du visage, moindre adhérence des poils, déplacements du pigment, rougeurs érythémateuses, sensations de brûlure, de prurit et de tension.

Lion pense que la radiothérapie est un excellent procédé d'épilation. Dans le favus l'emploi exclusif des rayons X a donné des guérisons presque sans réaction. Dans le sycosis, il faut au contraire provoquer une eschare, constituée par un dépôt diphtéroïde, fibriniforme qui est extrêmement mince et très adhérent. La guérison de la plaie est longue. Dans le lupus vulgaire on obtient des améliorations par un traitement prolongé et en évitant les réactions violentes, toutefois les récidives sont fréquentes.

Sternthal présente un tube de radium avec lequel on obtient les mêmes résultats qu'avec les tubes Röntgen. Les avantages sont les suivants : il suffit d'employer un courant de 0,8 à 2 ampères et 8 volts de tension. Le tube peut être appliqué sans inconvénient directement sur la peau, les masques de plomb sont par conséquent inutiles.

Kienböck communique le résultat de ses recherches sur la radiothérapie dans les maladies de la peau et dans l'hypertrichose. Les résultats sont identiques à ceux indiqués par Schiff et Lion. Pour l'épilation dans l'hypertrichose, il faut avoir grand soin de ne pas provoquer de violentes inflammations, car il pourrait en résulter des troubles de la pigmentation.

Hahn signale les parergies consécutives à la radiothérapie. Les ongles présentent des lésions caractéristiques, tout à fait particulières; ils sont très minces et friables à leur bord libre, ils ont de nombreux sillons longitudinaux et sont extrêmement peu résistants, leur extrémité prend un caractère griphoïde. Accidentellement, H. a vu survenir une conjonctivite intense. Selon lui, ce sont des cas de lupus seuls qui sont justiciables de cette méthode de traitement; dans toutes les autres dermatoses on peut craindre une réaction trop vive. Il ne fait que des séances courtes et peu nombreuses, seulement de 5 à 10 minutes. A. Doyon.

De l'emploi de l'électricité statique dans le traitement des maladies de la peau (Franklinisation, d'Arsonvalisation, décharges du pôle unipolaire par des inducteurs, etc.), par Schiff. *VII Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

L'efficacité de ce traitement tient aux étincelles qu'on fait agir directement sur la peau. Cliniquement elles déterminent de la pâleur, de la

rougeur, de l'œdème, la peau ansérine, des papules, des pomphi et même des dermatites. En outre, il survient des troubles de la sensibilité et, chez les animaux, la chute des poils. Au microscope, les lésions de la peau sont caractérisées par des infiltrations de petites cellules dans les couches inférieures de l'épiderme, par des hémorrhagies étendues dans le derme et finalement par une dégénération en vacuoles des parois vasculaires des artères. Sur les bactéries elles ont une action éminemment délétère.

Il faut employer l'électricité statique dans les cas où on veut obtenir une action bactéricide : ulcères, impétigo, sclérose, blennorrhagie, etc.

Dans les dermatoses caractérisées par l'hypertrophie du tissu dermique avec caractère fibreux et par des infiltrations cellulaires chroniques dans le derme : chéloïde, cicatrices, sclérème circonscrit, éléphantiasis (sur 62 cas de lupus érythémateux, Bissérié a eu 33 guérisons complètes avec des courants de haute fréquence).

Le prurit et les affections prurigineuses.

Müller n'a pas obtenu d'effet bien appréciable dans le lupus vulgaire. Le domaine de la radiothérapie lui paraît être les dermatoses des régions velues. Elle est contre-indiquée dans les dermatoses aiguës, elle exige une grande prudence dans les maladies subaiguës de la peau. M. a observé, malgré de grandes précautions (5 séances de 5 minutes, 20 centimètres d'éloignement, 0,75 ampère), dans un cas de récidive de lupus érythémateux, une marche foudroyante du processus.

Strebel a construit un appareil dans lequel, à la place de l'arc voltaïque de Finsen ou de la lumière du soleil, il emploie la lumière de l'étincelle d'induction emmagasinée pour le traitement et qui est particulièrement riche en rayons ultra-violets. Des recherches ultérieures permettront d'apprécier la valeur thérapeutique de cette méthodes. S. a toutefois démontré que cette lumière traverse l'épiderme et a une action bactéricide.

Bang trouve que les nouveaux appareils pour les rayons X et les étincelles ne constituent pas une amélioration sur la méthode de Finsen. Il fait remarquer que dans celle-ci le point important n'est pas l'action bactéricide, mais bien l'inflammation qu'elle provoque.

Freund a dans quelques expériences constaté l'efficacité des rayons du radium. Quel que soit l'agent efficace de la radiothérapie, que ce soit l'électricité de tension, ou les rayons X ou les deux réunis, une chose lui semble certaine, c'est qu'il s'agit toujours d'un effet purement local. Les constatations histologiques le démontrent.

Kurella présente un nouveau résonateur pour le traitement par effluves des maladies nerveuses de la peau. Il ressemble à l'appareil d'Arsonval, mais il aurait une action physiologique plus énergique.

Pielicke a pendant 5 mois traité 18 malades avec les courants d'Arsonval-Tesla. Chaque malade fut exclusivement traité par cette méthode 3 fois par semaine pendant 10 minutes. Il s'agissait de cas d'eczéma, prurigo, psoriasis, lichen ruber, acné vulgaire, lupus vulgaire, lupus érythémateux, alopécie en aires. Dans aucun de ces cas il n'a obtenu de résultat durable. Le prurit cédait au début du traitement, mais revenait plus tard. Dans le lupus érythémateux il se produisit au bout de plusieurs mois une légère amélioration. Dans l'acné vulgaire intense avec pustules on constata un

résultat apparent; mais deux de ces cas, très améliorés au début, revinrent à l'état ancien au bout de quelques mois, malgré la continuation du traitement. A. DOYON.

Alopécie produite par l'acétate de thallium, par BUSCHKE. *VII Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

B. présente un certain nombre de souris blanches chez lesquelles l'absorption d'une très petite quantité d'acétate de thallium a provoqué une chute des poils qui ressemble d'une manière frappante à l'alopécie en aires de l'homme.

La peau n'était pas affectée. D'après B. la chute aiguë circonscrite des cheveux se produit accidentellement chez l'homme sous l'influence de l'acétate de thallium. Les récidives sont possibles et même les parties chauves paraissent très prédisposées à une atteinte ultérieure.

JUSTUS fait observer que l'iode qui se trouve normalement dans les tissus et dans presque tous les noyaux des cellules, même en dehors des cellules, dans la thyroïde, la peau, etc., peut très bien être constaté par les sels de thallium avec lesquels il forme un précipité jaune de thalloiode.

LÖWENSTEIN préférerait dans ce cas la démonstration spectroscopique.

Influence des agents thermiques sur les processus inflammatoires de la peau, par SCHÆFFER. *VII Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

S. montre par des projections l'influence de la chaleur, du froid et de la chaleur humide sur les processus inflammatoires de la peau. Des fils de catgut ou de soie furent introduits à travers la peau de lapins; les uns stérilisés, les autres imbibés d'irritants chimiques (nitrate d'argent), d'autres enfin infectés de bactéries. Sur d'autres points de la peau on appliqua des fils de contrôle. On mit des compresses chaudes, des pansements humides, des applications froides et on étudia ces lésions tout autour des fils et à de mêmes intervalles sur des coupes de la peau. On constata que la chaleur humide arrêtait d'une façon remarquable le développement de la suppuration, de la leucocytose. Le pansement par l'alcool agit de la même manière et beaucoup plus énergiquement que le froid. A. DOYON.

Influence des rayons Röntgen sur le tissu lupique, par DOUTRELEPONT. *Niederrheiner Gesellschaft f. Natur-u. Heilkunde zu Bonn.*

D. présente des préparations d'un lupus hypertrophique de la joue traité depuis 10 semaines par les rayons X. A un faible grossissement on aperçoit un foyer lupique entouré par un bourrelet de leucocytes qui est presque complètement remplacé par du tissu conjonctif et ne contient plus que quelques éléments cellulaires lupiques, et parmi eux une cellule géante.

Dans une préparation, colorée d'après le procédé de v. Gieson, on voit une abondante prolifération de tissu conjonctif; les foyers lupiques sont non seulement encapsulés à la périphérie par du tissu conjonctif, mais ce dernier pénètre aussi en traînées dures vers le centre, et provoque ainsi un réseau à mailles serrées qui entoure les débris de l'infiltration lupique. Une préparation, colorée par la méthode de Weigert, montre que ces derniers ne sont pas restés intacts. Les cellules épithélioïdes et les cellules lymphatiques sont ici très dégénérées. La lésion des cellules se traduit par la formation de vacuoles, qui est si prononcée, que la préparation

ressemble à une passoire. D. ignore la nature de cette dégénérescence. Gassmann a décrit des lésions analogues des parois vasculaires sous l'influence des rayons Röntgen. Il s'agit en tout cas d'ulcération. Vraisemblablement, ces lésions sont la cause du caractère torpide de ces ulcérations; il n'y a pas ici de lésions vasculaires. D. n'a pu constater que quelques vacuoles isolées dans la membrane interne des vaisseaux.

D'après D., la guérison par les rayons Röntgen détermine tout d'abord une hyperhémie qui provoque une émigration abondante de leucocytes hors des vaisseaux. L'infiltration leucocytaire commence — comme l'action de la tuberculine — à la périphérie, pénètre ensuite en traînées dans les foyers lupiques pour se transformer en cellules fusiformes et en tissu conjonctif fibrillaire. En tout cas, la présence de nombreuses cellules fusiformes montre qu'il y a une forte prolifération du tissu conjonctif.

Les cellules lupiques dégénèrent en vacuoles, les noyaux perdent de plus en plus leur colorabilité, se nécrosent et entraînent la résorption du tissu malade et son remplacement par des cicatrices. A. Doyon.

Emploi des rayons X dans un cas d'ulcus rodens, par Broers. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1901.

B. présente un cas d'ulcus rodens sur l'arête du nez que les rayons X ont considérablement amélioré. Au point de vue des antécédents, il n'y a rien à mentionner. Comme cause première de son mal, le malade cite une écorchure qu'il se serait faite sur le nez il y a plus de douze ans. Après avoir subi différents traitements, le malade était dans l'état suivant au moment où on commença l'emploi des rayons X. Dans la partie supérieure des fosses nasales se trouve une ulcération couverte d'une petite croûte de 1 centimètre de long sur 8 millimètres de large ; en outre, sur la face gauche du nez, il y a une petite perte et, sur la face droite, occupant toute l'aile du nez jusqu'au bord de l'orifice nasal, un foyer avec perte centrale dont la circonférence très haute, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre, se compose de petites tuméfactions d'un éclat typique et d'un gris blanchâtre et perlé sur lesquelles courent de nombreux petits vaisseaux. En outre, on voit sur la joue droite, sur la partie temporale de l'arcade zygomatique, une plaque ronde couverte d'une croûte mince qui existe depuis deux ans ; plus loin, sous l'angle de la mâchoire droite, existe une tumeur de la grosseur d'une noix et constituée par des ganglions tuméfiés.

Le traitement commença le 12 janvier, et il y a eu 47 séances en trois mois.

Sans présenter de réaction nette, le mal se sécha lentement ; les perles se rétractèrent, se ridèrent et sont maintenant disparues. Les surfaces malades sont maintenant couvertes d'épithélium sans aucune desquamation ni sécrétion ; la petite plaque squameuse de la joue a également pour ainsi dire entièrement disparu et la tuméfaction des ganglions du cou a diminué. C'est seulement sur l'arête du nez que l'épithélium n'a pas encore repris son aspect normal.

Verhagen a traité autrefois le malade et est frappé de l'amélioration de son mal.

Mendès da Costa constate que le malade, à proprement parler, n'est pas encore guéri.

Dermatite et atrophie consécutives aux rayons X, par Buschke. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 3 décembre 1901.

B. présente un malade atteint d'une lésion de la peau consécutive à l'action des rayons Röntgen. En 1896 ce malade avait exposé sa main pendant une demi-heure à l'action des rayons X, à une distance de 20 centimètres. Il en résulta une dermatite qui dura 6 mois avec formation de bulles, puis il survint une atrophie de la peau encore visible actuellement, ayant tous les caractères cliniques de l'atrophie idiopathique de la peau, et s'en distinguant seulement en ce qu'elle est restée stationnaire, tandis que la forme idiopathique commence en un ou plusieurs points et suit une marche progressive. Dans le cas actuel, ce qu'il y a de particulièrement intéressant c'est que les rayons Röntgen paraissent avoir agi aussi sur les couches profondes de la peau. Les phalanges des doigts présentent des épaississements qui se seraient produits à la suite de cette radiographie. A. Doyon.

Rhinosclérome.

Trois cas de rhinosclérome, par Harmer. *Wiener laryngologische Gesellschaft*, 10 janvier 1901.

H. présente : 1° une femme de 38 ans qui depuis 3 ans accuse des troubles à marche lente mais croissante dans les régions du cou et du nez. Le larynx est le siège d'une légère infiltration de la corde vocale droite dont la surface ainsi que celle du ligament thyro-aryténoïdien supérieur paraît finement granuleuse, mais toutefois sans ulcération. La moitié droite du larynx est moins mobile ; la gauche est tout à fait indemne. Cette lésion fait tout d'abord penser à la tuberculose. Mais l'examen du nez montra des lésions caractéristiques quoique peu prononcées, à savoir un rétrécissement concentrique très léger et une infiltration très aplatie de la muqueuse des fosses narines. On enleva cet infiltrat et l'examen confirma le diagnostic de sclérome.

2° Une fille de 22 ans, chez laquelle le nez s'est depuis 4 ans peu à peu oblitéré. Les orifices des fosses narines sont remplis par une infiltration typique ; les ailes du nez sont déjetées et la rhinoscopie postérieure montre un rétrécissement notable de la cavité naso-pharyngienne. On fit l'anesthésie de l'infiltration par la méthode de Schleich, et on racla avec la curette les deux fosses narines ; les parties moyennes du nez étaient entièrement libres.

3° Une femme de 31 ans qui depuis 5 ans éprouvait de la difficulté à respirer. Rétrécissement considérable des deux fosses narines surtout à gauche et infiltrations sous-glottiques pâles ; particulièrement de ce côté un bourrelet pâle assez saillant occasionnant de la sténose. Ce cas est un exemple de l'influence parfois très favorable de la dilatation de ces infiltrats scléromateux. En un temps relativement court l'introduction des tubes de Schrötter amena la régression des bourrelets ; la sténose disparut et la respiration devint complètement libre. A. Doyon.

Sarcoïde.

Sarcoïde de la peau (Cutaneous sarcoïd), par W. Gottheil. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1902, p. 400.

Un homme de 64 ans, de bonne santé générale, a depuis plusieurs années un ulcère indolent creux à bords décollés siégeant à la face

externe du talon droit; la signification de cet ulcère est incertaine.

L'éruption généralisée actuelle a débuté au commencement de 1901 par un léger prurit sur les avant-bras. Elle est constituée: 1° par des petites taches brunes de 2 à 3 millimètres de large, sans desquamation, saillie ou infiltration, ressemblant à une roséole en voie de disparition ou à du pityriasis versicolore; elles occupent le tronc, les bras et le crâne chauve; elles sont probablement le reliquat de l'éruption nodulaire; 2° par des nodules saillants hémisphériques du volume d'un petit pois à une noisette, très durs, de couleur variant du brun au pourpre; ils sont au nombre de plusieurs centaines; ils sont mélangés à d'autres nodules, non saillants, appréciables seulement à la palpation. Ces nodules sont répandus un peu partout, notamment aux membres, sur les faces dorsales des mains et des pieds, aux paumes et aux plantes; leur indolence est complète. Les ganglions sont indemnes.

Le malade est resté en observation un an et pendant ce temps certains nodules ont disparu, peut-être sous l'influence d'un traitement arsenical, d'autres sont apparus ou ont augmenté de volume, sans que la santé générale ait jamais présenté aucune altération.

L'examen microscopique de nodules récents a montré une infiltration très dense débutant autour des vaisseaux, progressant des parties profondes du derme vers la surface et constituée par des cellules conjonctives rondes parfois fusiformes. Dans les nodules en voie de régression, les cellules sont considérablement diminuées de nombre et se colorent mal, de sorte qu'on aperçoit dans leurs intervalles un fin réticulum intercellulaire.

Ce fait se rapproche beaucoup des tumeurs sarcoïdes bénignes de Boeck, avec cette différence que les ganglions ne sont pas atteints. W. D.

Sarcomatose cutanée.

Le sérum de Coley et la sarcomatose cutanée (Il siero di Coley e la sarcomatosi cutanea), par N. La Mensa. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 5, p. 645.

Coley (de New-York) a préconisé dans la sarcomatose chirurgicale les injections d'un sérum obtenu par la stérilisation discontinue à 58° d'une culture mixte en bouillon du streptocoque de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. La M. a expérimenté ce sérum chez 3 malades atteints de sarcomatose cutanée; chez aucun d'eux il n'a obtenu même une amélioration ou un ralentissement dans la marche de la maladie, mais par contre il a provoqué des inflammations locales avec réaction générale et température s'élevant jusqu'à 41° pendant plusieurs heures. G. T.

Sclérodermie.

Sclérodermie, par Kreibich. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 23 octore 1901.

K. présente une femme qui a sur les jambes deux plaques de pigmentation brun pâle, de l'étendue de la paume des deux mains, avec tendance à l'atrophie en quelques points. Cette pigmentation est entourée d'une zone pâle; vers les cuisses les taches sont figurées, dans le pli génito-crural elles sont brun sale et ressemblent comme forme et étendue à un eczéma marginé; ici aussi elles ont un liséré pâle qui est lui-même entouré d'une

légère rougeur. La consistance est peu ou pas modifiée. Nulle part la peau n'a un caractère vitreux ou semblable à de la cire. Sur le sein gauche, où existe une plaque, la maladie est plus caractérisée, au centre aspect cicatriciel blanc, sur le bord pigmentation manifeste.

Dans ce cas il s'agit bien d'une sclérodermie avec envahissement et pigmentation des couches superficielles de la peau et le diagnostic résulte, dans ce cas, du liséré pâle, malgré l'absence d'atrophie et de modifications dans la consistance.

Neumann remarque qu'ici la sclérodermie est à la période de début sur les jambes, à la période atrophique sur le thorax. A Vienne ces affections ne sont connues que depuis 18 à 20 ans; Hebra n'en avait jamais vu un seul cas. Tant que la peau est encore molle et élastique la sclérodermie peut encore rétrocéder par un traitement approprié et surtout avec une alimentation favorable et choisie. Si elle est à la période d'atrophie, ce n'est que dans quelques cas, quand la peau a une certaine souplesse, qu'on peut espérer une amélioration. Le résultat du traitement est presque nul si la peau adhère fortement aux parties sous-jacentes, sur les doigts et aux jambes aux os, comme dans un cadavre congelé, et il survient ultérieurement des exulcérations. La thiosinamine ne lui a pas donné de résultats bien encourageants; il en a obtenu de meilleurs par un traitement général avec relèvement de la nutrition, massage local et application de l'air chaud.

Ehrmann, à propos de cas de sclérodermie qui commencent incontestablement comme des érythèmes toxiques et sont traités comme tels pendant des mois, mais qui plus tard présentent les caractères de la sclérodermie, voudrait attirer l'attention de la Société sur l'étiologie de cette affection. Il a présenté il y a 3 ans un malade chez lequel il y avait de 20 à 30 foyers sclérodermiques de la dimension d'une pièce de deux francs et, dans les intervalles, des taches érythémateuses qui se transformaient plus tard en plaques sclérodermiques. E. est convaincu que, dans ces cas, il s'agit d'une auto-intoxication d'origine intestinale.

Dans un cas il y avait aussi une constipation presque invincible pendant 10 ans. Chez quelques malades on peut faire intervenir des auto-intoxications tenant à d'autres causes, par exemple la scrofule. Il ne croit pas que le point de départ de la sclérodermie soit une trophonévrose. A. Doyon.

Morphée ulcérée, par R. Crocker. *Dermatological Society of London*, 9 avril 1902. *British Journal of Dermatology*, mai 1902, p. 174.

Jeune fille de 21 ans, atteinte depuis 4 ans d'une plaque sclérodermique sur la jambe droite; depuis lors d'autres plaques plus petites sont apparues sur les deux jambes. Les plaques sont d'un jaune terne, bordées d'une large zone pourprée due à des veines dilatées qui empiètent sur la plaque jaune. Sur plusieurs plaques se trouvent des ulcères indolents à bord nettement entaillés. W. D.

Thérapeutique dermatologique.

Pâte séreuse de Schleich. Dermothérapie homogène (Die Pasta serosa Schleichs. Homogene Dermatotherapie), par Scharff. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 436.

La pâte séreuse de Schleich est un mélange de sérum sanguin de bœuf

et d'oxyde de zinc ; elle constitue une masse épaisse qui s'étend facilement. Elle est indiquée dans toutes les variétés de dermatite et d'eczéma aigu. Avant tout elle correspond à toutes les exigences qui concernent le repos de la peau. Étendue en couches minces sur les parties malades, cette pâte se dessèche assez rapidement en un revêtement blanc solide qui s'applique exactement sur toutes les inégalités de la peau et elle a, entr'autres avantages sur les poudres usuelles, celui d'adhérer solidement et longtemps. Cette pâte rend de grands services dans tous les processus exsudatifs provoqués par des irritations chimiques et thermiques ainsi que dans l'intertrigo. Son action fortement siccative est surtout prononcée dans les brûlures du premier et du deuxième degré ; il faut, dans ces cas, l'étendre en couches épaisses, après qu'on a évacué le contenu des bulles, pour maintenir leur enveloppe sur le chorion. Cette pâte séreuse rend encore de très bons services dans le traitement des plaies, particulièrement dans celui des ulcères de jambe. A. Doyon.

Thiosinamine, par Neisser. *VII Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

N. à l'occasion de la présentation d'une fillette de 6 ans, atteinte de sclérodermie violacée de la face, dit avoir employé avec succès des injections cutanées de thiosinamine, un demi à un centimètre cube de la solution suivante : thiosinamine 10 grammes ; glycérine 20 grammes ; eau distillée 70 grammes. L'emplâtre de thiosinamine agit également bien. Les injections de solutions alcooliques de thiosinamine sont très douloureuses.

Juliusberg présente un lupus de la face très amélioré par la thiosinamine.

Caspary a observé de brillants résultats dans les cicatrices chéloïdiennes et hypertrophiques. On injecte tous les deux jours une seringue Pravaz d'une solution de 10 à 15 p. 100.

Petersen, Herxheimer ont observé à la suite de ces injections une réaction locale plus ou moins vive.

Rille a vu survenir une fois la paralysie du péroné.

Bettmann l'attribue à l'intoxication alcoolique de la solution. A. Doyon.

Trichophytie.

Microsporie hambourgeoise, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. d. C. présente un cas d'une forme de microsporie qui se rencontre aussi à Hambourg. Deux jeunes frères présentent cette forme de la maladie de Gruby-Sabouraud en plaques multiples avec poils cassés qui, vus au microscope, offrent des traces légères de microsporons groupés et entourés par une excroissance de la gaine de Huxley et Henle. M. d. C. montre les spores terminales en forme de navette provenant d'une culture. Dans la microsporie, de même que dans la trichophytie, on découvre dans les cultures, des spores terminales en forme de navette qui sont distribuées en petit coins. Dans la première affection, la navette est pourvue de petits piquants ; au contraire, dans la seconde, les navettes sont lisses.

Trichophytie des ongles, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. d. C. présente un cas intéressant où la trichophytie des ongles coïn-

cide avec la trichophytie endothrix du cuir chevelu, parasite qui se montre rarement sur les ongles. Après un traitement à l'alcool salicylique, la maladie des ongles s'est déjà beaucoup améliorée.

Kerion Celsi, par Macleod. *Dermatological Society of London*, 15 mars 1901.

M. présente une fillette avec une plaque de kerion de 2 pouces sur 1 1/2, rouge et saillante, datant d'une quinzaine de jours. L'examen microscopique montre un trichophyton endothrix pur et les cultures ont confirmé cette détermination. C. Fox a déjà observé des trichophytons endothrix pyogènes. W. D.

Trichophytie, par G. Pernet. *Dermalological Society of London*, 13 février 1901.

P. montre des cultures provenant d'un cas de folliculite agminée. Il s'agit d'un trichophyton mégalosporon ectothrix à cultures cratériformes très rapides. Le malade rapporte que plusieurs employés de la même maison sont atteints comme lui et il attribue la maladie avec assez de vraisemblance à la paille qui sert à emballer des objets de provenance japonaise et qu'ils ont à manipuler. P. remarque l'identité entre ses cultures et d'autres provenant d'un cas de trichophytie de la cuisse contractée en Chine. W. D.

Trichophytie des oiseaux, par Macleod. *Dermatological Society of London*, 17 avril 1901.

M. montre un garçon portant sur la face dorsale du poignet une plaque de trichophytie remarquable par l'absence de régression centrale. Il a deux canaris qu'il nourrit lui-même et qui présentent de l'alopécie de la tête et du cou; on leur voit cependant çà et là sur les parties alopéciques des tronçons de plumes. A l'examen microscopique on trouve dans les plumes, tant dans le tuyau que dans les barbes, un parasite formé de mycélium, et surtout de spores très inégales de forme et de dimensions. Les squames de l'enfant ont fourni des cultures faviformes; on n'a pas encore pu en obtenir avec les oiseaux. W. D.

La matière colorante des trichophytons (Sulla materia colorante di alcuni tricofiti), par F. Truffi. *Bolletino chimico-farmaceutico*, septembre 1901, n° 18.

Le principe chromogène du trichophyton à cultures rares est un acide, ainsi que le prouvent les précipités salins obtenus, l'acidité de ses solutions dans l'alcool amylique et la manière dont il se comporte vis-à-vis de la laine; le pigment est un sel (probablement ammoniacal) de cet acide. Ce principe chromogène diffère de celui des bactéries chromogènes dont les pigments peuvent être rangés dans le grand groupe des lipochromes, si répandus dans le règne végétal; ses réactions diffèrent beaucoup de celles de la carotine, de la substance colorante du jaune d'œuf, des graines, etc., qui appartiennent à ce groupe. On peut facilement l'isoler pour en déterminer la composition et la constitution. G. T.

Les teignes à l'hôpital de Gand, par Minne. *La Clinique*, 1901, n° 23.

Depuis deux ans, M. a noté tous les cas de teignes qui se sont présentés à la visite dermatologique de l'hôpital de Gand et il expose les résultats de ses observations. Il arrive aux conclusions suivantes : La teigne spéciale de Gruby paraît être très fréquente en Flandre; à Gand notamment

on en rencontre jusque 94 p. 100. C'est le chiffre le plus élevé des statistiques européennes. Le trichophyton mégalosporon est rare et ne s'est montré que chez les filles. Le favus se montre fréquent, mais est avant tout une maladie rurale. L. Dekeyser.

Trichorrhexie noueuse.

La trichorrhexie noueuse et son étiologie, par L. Dekeyser. *Journal médical de Bruxelles*, 23 mai 1901.

A propos d'un cas, D. rappelle les diverses opinions émises sur l'étiologie de cette affection et qui peuvent se résumer au nombre de trois : 1° l'affection est due à une trophonévrose; 2° l'affection est due à un microbe spécifique 3° l'affection est microbienne, mais peut être provoquée par n'importe quel microorganisme pouvant se développer dans le poil à la faveur de circonstances spéciales.

D. dénie toute influence à la malpropreté et aux irritations mécaniques sur le développement de cette dermatose. L. D.

Trichosporie.

Un cas de trichosporie (piedra nostras) observé en France, par M. Vuillemin. *Académie des sciences de Paris*, 3 juin 1901.

V. a observé cette affection chez un homme de 36 ans, dont la moustache présentait des poils enveloppés, dans leur portion moyenne, d'une gaine dure, irrégulière, parfois mince, parfois saillante; cette gaine commençait à un centimètre environ de la racine et s'étendait sur une longueur égale avec ou sans interruption; son diamètre atteignait environ un tiers de millimètre. L'examen microscopique montra qu'elle était composée de cellules végétales rondes à paroi épaisse, incrustées dans une substance fondamentale. Ces constatations permirent de diagnostiquer l'affection connue en Colombie sous le nom de *piedra* et, en France, sous le terme de *trichomycose noueuse*. V. croit qu'il est préférable de lui appliquer le terme de *trichosporie*, du nom du parasite végétal qui lui donne naissance (*trichosporum Beigelii*).

L'affection a cédé rapidement à l'emploi de lavages fréquents avec une solution aqueuse de sublimé à 2 p. 1000.

Urticaire.

Quelques observations de dermographisme, par V. Lespinne. *Progrès médical belge*, 1901, n° 14.

L. rapporte quatre cas de dermographisme dont un surtout est remarquable par le jeune âge du sujet (6 ans) et la polymorphie des lésions provoquées. Tantôt celles-ci se manifestent par l'apparition de bandes larges, très rouges, très surélevées et à bords diffus; tantôt sous l'aspect de bandes larges, blanc crayeux.

Parfois les saillies provoquées par le frottement sont étroites et présentent une zone centrale blanche, une zone moyenne rouge, et une zone périphérique très pâle. D'autres fois, il s'agit de plaques urticariées individuelles, confluentes.

Dans trois cas, l'affection paraît être liée au mauvais état du tube digestif. L. Dekeyser.

Vaccinales (Éruptions post-).

Éruptions post-vaccinales (Some post-vaccinal eruptions), par Freemann. *British Journal of Dermatology*, mai 1902, p. 186.

I. Femme de 23 ans, revaccinée avec succès; 6 jours après la vaccination on remarque sur la face dorsale de la main et du poignet des deux côtés une quinzaine de papules dures qui devinrent vésiculeuses et évoluèrent comme de la vaccine normale.

II. F. 25 ans. Le 8e jour après la vaccination, apparition d'un érythème qui se généralise en affectant suivant les endroits le type papuleux, nodulaire ou circiné. Disparition en 15 jours.

III. Homme de 54 ans, très affaibli; vaccination positive à réaction très modérée. 3 semaines après, il se sent malade, le tronc présente un érythème généralisé avec sudamina et deux jours après une éruption confluente de bulles dépassant parfois la largeur d'une pièce de 5 francs. L'éruption s'est faite en une seule poussée, s'est accompagnée d'une dépression considérable des forces et a guéri en quelques semaines.

IV. Une fillette de 4 ans et son petit frère sont vaccinés à 1 mois d'intervalle et présentent tout deux une éruption morbilliforme généralisée, débutant une semaine après la vaccine au voisinage de l'inoculation.

V. Femme de 30 ans ; 10 jours après la vaccine dont l'évolution fut écourtée, présente sur les deux mains un érythème maculeux rouge vif qui s'étend sur les bras jusqu'aux épaules et envahit en même temps les jambes où il y eut de vives douleurs et de la cuisson. Une autre femme vaccinée dans la même maison avec la même lymphe eut, quelques jours après, de l'urticaire. W. D.

Éruptions bulleuses consécutives à la vaccine, par Sequeira. *Dermatological Society of London*, 9 avril 1902. *British Journal of Dermatology*, mai 1902, p. 175.

S. présente un homme de 39 ans qui a été revacciné avec succès en janvier; la vaccine a évolué normalement. Trois semaines après est apparue une nouvelle pustule tout à fait analogue à de la vaccine et trois semaines plus tard se sont montrées les premières bulles. Les bulles varient du volume d'un pois à celui d'une petite noix, elles sont tendues et naissent sur la peau saine; plus tard le liquide devient louche et il se dessine une auréole érythémateuse. L'éruption occupe la face antérieure des avant-bras et des cuisses, s'accompagnant d'une sensation de tension et de démangeaison. Rien aux muqueuses, pas d'altération de l'état général. Le liquide des bulles récentes était stérile à la culture et à l'inoculation au lapin; les vésicules âgées de 2 jours contenaient des cocci.

Dans la discussion on conclut qu'il s'agit d'un véritable pemphigus.

Sequeira présente ensuite un homme de 28 ans, sujet à des attaques répétées d'érythème iris qui, douze jours après une vaccination positive, eut une poussée d'érythème analogue aux autres, mais plus violente.

Galloway rapporte encore le cas d'un homme de 24 ans, revacciné avec succès qui, une semaine après la guérison des pustules, vit apparaître une éruption vésiculeuse et bulleuse qui débutant par la joue envahit toute la surface du corps, notamment les membres et même la bouche, en s'accompagnant de prurit violent, d'insomnie et d'altération de l'état général. Les bulles et vésicules avaient une tendance marquée à former des groupes

L'éruption guérit au bout de 2 mois, mais il y eut une petite rechute un mois après.

Le premier cas de Sequeira était un véritable pemphigus, tandis que le cas de Galloway se rattache évidemment à la dermatite herpétiforme. Il est probable que la vaccine a développé des toxines comme la grossesse est capable de le faire. W. D.

Verrues.

Verrues planes, par SEQUEIRA. *Dermatological Society of London*, 13 février 1901.

S. montre un jeune homme de 14 ans qui depuis 10 ans a des verrues planes de la face ; elles forment des papules planes, lisses qui au début ont la même couleur que la peau saine et plus tard deviennent jaunâtres ; elles ne diffèrent guère que par la couleur des papules du lichen plan. Deux papules ont été excisées pour l'examen microscopique. Ce sont des acanthomes typiques, toutes les couches de l'épiderme sont épaissies, mais il n'y a pas d'hyperkératose ; les papilles du centre de la lésion sont allongées. W. D.

Xanthome.

Xanthome, par F. P. WEBER. *Dermatological Society of London*, 8 mai 1901.

W. présente une femme de 51 ans. En 1895, elle eut de l'ictère chronique avec tuméfaction du foie et cachexie. Une opération de cholécystotomie en 1896, montra un foie gros et un peu scléreux, quelques calculs dans la vésicule biliaire et un noyau dur, probablement un calcul dans la tête du pancréas. Il en résulta une amélioration générale et une diminution de l'ictère. A la fin de 1897 le ventre redevint gros et les urines foncées. En 1901, ictère modéré, prurit généralisé, pigmentation brunâtre sur le cou, les avant-bras et le ventre ; xanthome plan ordinaire aux paupières ; plaques de xanthome saillant aux coudes et dans les aisselles ; de chaque côté du cou est une grande plaque de xanthome plan entourée d'une peau hyperchromique ; rate tuméfiée, foie très gros et dur.

W. a publié (*British medical Journal*, 25 avril 1896) un cas analogue de xanthome du cou chez une femme de 55 ans, atteinte d'ictère chronique calculeux. Dans un cas de Chadwick (*British medical Journal*, 25 mai 1895) l'ictère calculeux s'est accompagné de xanthome et lui a survécu. W. D.

Xanthome à type diabétique, par SEQUEIRA. *Dermatological Society of London*, 12 juin 1901.

S. montre un homme de 35 ans, non diabétique mais obèse et alcoolique, qui depuis 18 mois présente une éruption de nodules jaunes sur les bras, coudes, avant-bras, genoux, fesses et partie inférieure du dos ; elle est tout à fait indolente. Sur les avant-bras on voit des cercles de grains jaunes enchâssés dans la peau. Dans le dos les tumeurs sont plus grosses et plus rares et ont une auréole érythémateuse. W. D.

Xeroderma pigmentosum.

Un cas de xérodermie pigmentaire avec épithélioma de la face, par Ed. DUFOUR. *La Clinique*, 1901, n° 4.

Chez un enfant de 8 ans, atteint de xérodermie pigmentaire, apparition

sur la face de nombreuses tumeurs diverses, de volume, de forme et de consistance variables. Les régions orbitaires sont complètement recouvertes de deux tumeurs en champignon, ulcérées, laissant sourdre un liquide jaunâtre, fétide. La tumeur de la paupière inférieure gauche s'étendait jusqu'à la région temporale. Pas d'engorgement ganglionnaire. État général satisfaisant. L'excision suivie du curettage et de la cautérisation des néoplasies est bientôt suivie de récidive et l'enfant succombe au bout de quelques jours. L'examen microscopique démontra la nature épithéliale des tumeurs. L. Dekeyser.

Zona.

Herpès zoster d'origine arsenicale, par Blaschko. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 11 juin 1901.

B. présente un petit malade atteint de psoriasis qui, il y a 6 à 8 semaines, a eu un zona à la suite de l'usage de l'arsenic. Actuellement, nouvelle éruption de psoriasis et en réalité sur les anciennes places de zona, et certaines plaques sont situées exactement sur les points où se trouvaient des vésicules zostériennes. A. Doyon.

Du zona récidivant, par E. Hirtz et Salomon. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 7 mars 1902, p. 207.

Homme de 67 ans ; a eu il y a 6 ans, à la suite de névralgies, une première éruption de zona et depuis lors, chaque année vers le mois de janvier ou de février, des douleurs et une éruption semblable. En juillet 1901 et février 1902, H. et S. ont observé deux poussées consistant en douleurs dans la fesse droite, réveillées par la pression au niveau du sciatique et du crural, et en une éruption de placards érythémateux recouverts de vésicules à la 2e poussée ; l'éruption, composée de 5 placards, descendait jusqu'à la partie moyenne de la fesse et quelques vésicules aberrantes existaient à gauche de la ligne médiane. A chacune des poussées, le liquide céphalo-rachidien renfermait des leucocytes, plus abondants à la première poussée qu'à la deuxième, son examen bactériologique fut négatif.

H. et S., se basant sur l'absence de fièvre et sur les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, admettent qu'il s'agit de zona. [Ces deux arguments sont absolument insuffisants pour démontrer qu'il s'agit de zona ; l'observation ne fait pas mention des traces laissées par les éruptions antérieures et des cicatrices qui ne font guère défaut dans le zona ; il s'agit, à notre avis, d'un cas d'herpès récidivant, comme dans presque toutes les observations publiées sous le nom de zona récidivant.] G. T.

Zona métamérique ; infection par un leptothrix, par Follet et Sacquépée. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 13 juin 1902, p. 573.

Femme de 38 ans, atteinte de zona abdominal droit précédé pendant 4 jours d'angine, de frissons, de céplalée, de rachialgie et de fièvre. Le 3e jour de l'éruption, on examine le liquide céphalo-rachidien qui, après centrifugation, ne décèle aucun élément cellulaire, le séro-pus d'une phlyctène et le sang extrait d'une veine du coude ; dans ces deux derniers liquides on trouve un long bacille présentant les caractères des leptothrix, qui cultive sur gélose et pomme de terre, et est inoffensif pour le lapin et très peu pathogène pour le cobaye. G. T.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilides.

Tubercules et éléphantiasis syphilitiques, par Mendès da Costa. *Vereeniging van Nederlandsche Dermatologen*, 1900.

M. d. C. présente un cas de tubercules et d'éléphantiasis syphilitiques occupant le pourtour de l'œil gauche. Ni les antécédents, ni l'examen n'ont permis de constater aucune trace de syphilis. L'affection a débuté par un œdème des paupières et dure depuis 7 ans. Un traitement antisyphilitique resta sans résultat. Dans le tissu œdémateux, on peut voir et constater à la palpation des tuméfactions d'un brun jaunâtre ayant la dimension d'une lentille ou d'un pois. L'amygdale gauche est tuméfiée, ulcérée, recouverte d'une fausse membrane purulente à marche chronique. Des injections locales de solution de sublimé à 1 p. 1000 dans les tuméfactions les firent disparaître, tandis que l'œdème persistait. M. d. C. est d'avis que cette disparition plaide fortement en faveur de la syphilis. Histologiquement, la tumeur consiste en une épaisse infiltration cellulaire entourant les vaisseaux et ayant écrasé l'épithélium interpapillaire. Dans ce cas, il ne peut être question d'épithélioma ni de lymphangiome tubéreux multiple et l'on peut seulement se demander si l'on se trouve en présence d'une tumeur granuleuse ou d'un sarcome. Étant donnée l'infiltration qui s'est produite autour des vaisseaux, le diagnostic de syphilis est le plus probable.

Broes van Dozt, qui, précédemment, avait vu le malade, croit que la couleur était en faveur du diagnostic de léprome et plus tard aussi de celui de lymphangiome et il considère maintenant encore le mal comme tel. Après l'administration d'extrait thyroïdien, la tumeur disparut, mais ce traitement ne put continué être à cause d'une faiblesse cardiaque dont souffrait le malade.

Mendès da Costa, en se plaçant au point de vue clinique, croirait qu'il s'agit de la forme de lymphangiome qui a été décrite par Kaposi sur la poitrine et le cou ; mais il pense que la structure histologique indique plutôt une gomme ou un sarcome. Il penche du côté de la syphilis, car les tumeurs peuvent disparaître spontanément, chose impossible en cas de sarcome.

Broes van Groenau croit que la longue durée du mal (4 années) démontre qu'il ne s'agit pas d'un sarcome, et la disparition des tuméfactions après les injections de sublimé ne prouve rien en faveur de la syphilis, étant donné que d'autres tumeurs peuvent aussi se résorber après une injection de sublimé et à la suite de l'inflammation subséquente.

Spruyt Landskroon n'accepte provisoirement ni le sarcome ni la syphilis et il conseille de faire des injections sous-cutanées de calomel et d'attendre leurs résultats. En tout cas, il préférerait croire à un sarcoïde.

Trombophlébite nodulaire syphilitique, par Blaschko. *73. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte*, septembre 1901.

Cette affection se présente sous forme d'érythèmes multiples disposés

en séries sur le visage, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, d'ailleurs assez semblables aux efflorescences de l'érythème multiforme, sauf que leur centre est plus résistant. Les papules qui constituent ces infiltrats périphlébitiques sont mobiles au-dessous de la peau. A. Doyon.

Hématologie de la syphilis.

Trois cas douteux de syphilis éclairés par l'examen hématologique (Tre casi dubbi di sifilide chiariti dall'esame ematologico), par Verrotti, *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1901.

V. rapporte 3 cas observés par T. de Amicis, dans lesquels le diagnostic présentait des difficultés très grandes que l'examen hématologique a seul pu résoudre.

1er cas. — Homme de 30 ans, ayant eu la syphilis ; tumeur du volume d'un œuf de poule occupant la région poplitée et faisant croire à l'existence d'un fibro-sarcome.

2e cas. — Femme de 20 ans, née d'un père syphilitique ; lésions ulcéreuses multiples et disséminées à contours arrondis, avec infiltration des bords, laissant des cicatrices achromiques, molles, non rétractiles, qui font penser à une combinaison du lupus et de la syphilis héréditaire.

3e cas. — Homme de 60 ans, ancien syphilitique, ayant un néoplasme ulcéré de la langue avec adénopathie sous maxillaire.

V., basant ses recherches antérieures (voir *Annales de Dermatologie*, 1901, p. 811) a démontré l'existence de la syphilis dans le 1er cas, l'examen du sang ayant révélé, après les injections mercurielles, l'augmentation de l'hémoglobine, du nombre des hématies, de leur coloration, celle des hématies de nouvelle formation avec diminution de leur diamètre moyen, l'augmentation de la densité et le retour au chiffre normal du nombre des leucocytes. Au contraire, dans les 2 autres cas, le traitement mercuriel eut une action nocive sur le sang et sur l'état général, ce qui, malgré l'amélioration locale produite dans ces cas, prouvait qu'il ne s'agissait pas de lésions syphilitiques.

V. conclut que les effets locaux favorables de la médication mercurielle ne sont pas toujours une preuve de la nature syphilitique des lésions, car ces effets favorables peuvent être, dans le lupus, la conséquence de l'action toxique du traitement. Il faut donc, pour admettre la syphilis dans les cas douteux, que le traitement spécifique modifie les lésions et n'ait pas d'effet nuisible sur la crase sanguine.

Dans le 2e cas (lupus), les injections de calomel avaient une action nocive qui ne se produisit pas à la suite des injections iodo-iodurées.

Examen du sang des syphilitiques, notamment en ce qui concerne la proportion du fer, par Oppenheim et Löwenbach. *73. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte*, septembre 1901.

O. et L. ont fait environ 400 examens du sang et sont arrivés à cette conclusion que le chiffre du ferromètre qui à l'état normal est de 90 p. 100, tombe chez l'homme syphilitique à 80 p. 100 et chez la femme à 70 p. 100. (Les chiffres de l'hémomètre et ceux du ferromètre se correspondent chez l'homme à l'état sain.) C'est pendant la période des éruptions cutanées que le chiffre du ferromètre est le plus faible : il descend jusqu'à 50 p. 100. Le

traitement mercuriel ne modifie pas ces rapports. La perte de l'hémoglobine était, elle aussi, importante au début de la syphilis et surtout à la phase éruptive, tandis que le nombre des hématies ne variait pas, que le malade eût ou non à ce moment la syphilis, qu'il eût suivi ou non un traitement spécifique.

Winkler remarque qu'on devrait aussi tenir compte du fer urinaire; il est dans la proportion de 1 p. 100 comparé au fer du sang. A. Doyon.

Nutrition dans la syphilis.

Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines, par J. Ferras. *Thèse de Paris*, 1901.

F. a fait à plusieurs reprises l'analyse des urines de 19 syphilitiques à des phases différentes de l'infection, mais toujours en période d'activité de ses manifestations.

Il conclut de ces recherches très consciencieuses, dont il est impossible de donner ici un résumé, qu'on ne peut établir une formule urinaire unique dans la syphilis, mais que les échanges nutritifs du syphilitique se comportent différemment à chacune des 3 périodes de la syphilis.

A la période secondaire la formule se simplifie : tous les échanges sont augmentés, souvent même doublés. A la période tertiaire, au contraire, ils sont en général abaissés. A la période primaire, à mesure que le sujet s'éloigne du début de l'accident initial, les résultats, bien que variables, semblent suivre une marche ascendante pour se rapprocher de ceux de la période secondaire.

Donc, à la période primo-secondaire, les échanges sont augmentés, preuve d'une défense active de l'organisme. A la période tertiaire, il y a diminution des échanges, indice d'une déchéance profonde des tissus.

La déminéralisation est très élevée à toutes les périodes, mais surtout pendant la période secondaire.

Le soufre, le phosphore, la chaux, la magnésie, le fer ont une élimination presque doublée. L'oxydation du soufre, toujours inférieure à la normale, va en s'élevant suivant les étapes de la syphilis.

L'oxydation de l'azote suit une marche inverse : exagérée au début, elle tombe très au-dessous de la normale dans le tertiarisme.

L'oxydation de l'azote, abaissée dès le début, est un indice de syphilis grave.

Le fer se retrouve en grande quantité dans les urines au cours des périodes secondaire et tertiaire.

Le traitement mercuriel abaisse les oxydations et relève l'acidité. G. T.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale (Épilepsie jacksonnienne, dysarthrie, paralysies oculaires), par Brissaud et Péchin. *Progrès médical*, 18 janvier 1902, p. 33.

Homme de 43 ans, directeur d'un grand établissement financier, pris, 21 ans après un chancre syphilitique, de céphalées localisées à gauche puis de crises d'épilepsie jacksonnienne ; les crises d'épilepsie, répétées dans l'espace d'un an à intervalles variables, étaient précédées d'auras variant d'une

crise à l'autre : à la 1re scotome scintillant, à la 2e aura brachiale et écriture en miroir, à la 3e et la 4e aphasie motrice, à la 5e hallucinations auditives; la 6e et la 7e qui surviennent 2 jours de suite sont suivies d hébétude et de dysarthrie paralytique ; les jours suivants, états de malaise répétés comme des crises de petit mal et aphasie motrice, puis parésie du membre supérieur droit. L'aphasie motrice et la parésie du bras droit disparurent au bout de quelques injections d'huile biiodurée, puis survinrent des accidents oculaires qui permirent d'éliminer le diagnostic de paralysie générale : diplopie d'abord sans strabisme apparent, puis avec paralysie complète de la 6e paire droite, ptose légère de la paupière supérieure droite et mydriase du même côté, parésie partielle et incomplète de la 3e paire, parésie faciale droite et déviation complète de la luette à gauche, clignement unilatéral de l'œil droit. A la suite d'un traitement mercuriel, disparition complète et persistante de tous les accidents. G. T.

Gomme syphilitique du lobe frontal avec attaques d'épilepsie jacksonnienne, par Dieulafoy. *Presse médicale,* 23 octobre 1901, p. 229.

Homme de 40 ans, ayant eu la syphilis il y a dix ans, tombé dans le coma pendant son sommeil, et portant des traces de morsure de la langue; le lendemain, la connaissance revient, mais la parole est très difficile; la nuit suivante, reprise du coma, accès d'épilepsie jacksonnienne avec déviation de la tête et des yeux à droite, puis secousses dans le bras droit d'abord, puis dans la jambe droite; les crises se répètent pendant 4 jours et, malgré le traitement mercuriel, mort. A l'autopsie, aucune lésion de la zone rolandique gauche; la seule lésion apparente est une gomme occupant le tiers antérieur des 1re, 2e et 3e circonvolutions frontales gauches et ayant le volume d'un petit œuf, gomme dont la transformation caséeuse et fibreuse montre qu'elle existait depuis longtemps.

D. montre que ce fait porte une atteinte grave à la doctrine classique des localisations cérébrales. G. T.

Une variété de paralysie alterne inférieure chez un syphilitique, par Raymond. *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 4 janvier 1902, p. 1.

Homme ayant contracté à 16 ans la syphilis pour laquelle il n'a suivi aucun traitement. A 21 ans, violentes céphalalgies, puis vomissements alimentaires présentant les caractères des vomissements d'origine cérébrale, éblouissements et étourdissements ; un mois plus tard, une certaine faiblesse des membres du côté droit, bientôt suivie de raideur des mêmes membres ; puis paralysie faciale gauche, et diplopie, paralysie de l'oculomoteur externe gauche et des mouvements associés du droit interne, rétrécissement de la pupille gauche et paralysie du masséter.

R. pense qu'il s'agit d'une gomme syphilitique avec artérite ayant produit une lésion en foyer occupant le tiers supérieur de la protubérance et la partie adjacente des pédoncules cérébraux. G. T.

Sur quelques points de la symptomatologie de la paraplégie spasmodique syphilitique, par P. Marie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 14 février 1902, p. 115.

La démarche des malades atteints de paraplégie syphilitique de Erb ne tient pas seulement à la spasmodicité, mais aussi à la paralysie des fléchis-

seurs du membre inférieur. En outre, l'adduction des cuisses est troublée et le malade ne peut empêcher de les écarter de quelques centimètres lorsqu'elles sont au contact. Les sphincters ne présentent pas d'incontinence, mais le malade éprouve des envies impérieuses auxquelles il ne peut résister. Les troubles génitaux sont fréquents et portent aussi bien sur le désir que sur l'impuissance. Les troubles de la sensibilité sont rares.

Outre les troubles paraplégiques, il y a un certain nombre de phénomènes sus-paraplégiques : paresthésies ou affaiblissement des membres supérieurs et plus souvent de l'un d'eux ; réflexes du poignet ordinairement exagérés; très souvent émotivité exagérée, tendance au rire et au pleurer spasmodiques. G. T.

Sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique, par Brissaud et P. Marie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 7 mars 1902, p. 216.

La paraplégie spasmodique syphilitique semble devoir profiter du traitement mercuriel, car elle représente une manifestation relativement précoce, se rencontre chez des sujets jeunes qui peuvent supporter un traitement intensif, enfin présente des exacerbations sous forme de myélite transverse qui montrent qu'il s'agit de grosses lésions et non de processus parasyphilitiques sournois et rebelles.

B. et M. ont cependant vu cette paraplégie ne pas guérir sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif et même empirer sous l'influence de ce traitement: gêne plus considérable de la marche, diminution plus accusée ou même abolition du mouvement de flexion des membres inférieurs, parfois paresthésies ou parésies du côté des membres supérieurs, et en outre état de malaise physique et moral assez pénible pour que les malades qui l'ont ressenti se refusent à subir un nouveau traitement mercuriel.

Il y a donc lieu d'être en garde contre les effets du traitement mercuriel intensif dans ces cas et — sauf dans les cas tout à fait au début et dans ceux où la paraplégie s'établit brusquement, cas dans lesquels il convient de faire un traitement très actif, — il ne faut pas recourir à une mercurialisation très intense et se contenter d'injections d'huile biiodurée ou du traitement interne.

Les mêmes faits s'observent dans le type tabéto-spasmodique de la myélite syphilitique. Au contraire, le tabes et la paralysie générale, dans les périodes de début et au commencement de la période d'état, sont utilement influencés par le traitement mercuriel intensif, bien qu'il puisse n'en être pas de même plus tard. G. T.

De la méthode de Prokhorov, dans le traitement des encéphalopathies et des myélopathies syphilitiques graves et anciennes, par Scherb. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 février 1902, p. 176.

S. a employé, chez 3 malades atteints de syphilis grave des centres nerveux que les modes usuels de traitement mercuriel, même les injections de calomel dans un cas, n'avaient pu modifier, la méthode de Prokhorov (injections de biiodure à doses massives suffisamment espacées). Il n'a observé aucun accident imputable au mercure et deux de ses malades en

ont retiré un très grand bénéfice: un de ses malades, qui présentait des troubles très analogues à la paralysie générale, a été amélioré; l'autre, présentant le syndrome cérébelleux avec grand vertige, attaques apoplectiformes, céphalée intense, polyurie azoturique très abondante et gomme de la nuque, est sorti guéri. G. T.

Syphilis et tabes.

Tabes commençant chez un syphilitique, par Neumann. *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 22 mai 1901.

N. présente un jeune homme de 20 ans qui, à l'âge de 19 ans, a contracté la syphilis. Malgré des traitements répétés de frictions et d'injections, il a actuellement les symptômes d'un tabes au début. Ataxie très caractérisée des membres supérieurs et inférieurs, abolition des réflexes. La sensibilité est conservée, hyperalgésie en quelques points ; parésie de l'oculomoteur ; ptosis de la paupière supérieure gauche, strabisme divergent et déviation en haut du bulbe droit ; immobilité pupillaire des deux côtés, fond normal. La paralysie de l'oculo-moteur est survenue l'année dernière subitement pendant la nuit; les autres symptômes ulcéreux se sont développés seulement dans le cours de l'hiver. Depuis quelques jours il est survenu une cystite. A. Doyon.

Rapport entre le tabes et les cures mercurielles, par Neisser. *73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg*, septembre 1901.

N. a trouvé des proportions analogues à celles indiquées par Fournier : dans 53,6 p. 100 des cas de tabes les malades n'avaient jamais pris de mercure; dans 41 p. 100 le traitement avait été peu prolongé et dans seulement 5 p. 100 des cas les malades avaient réellement suivi un bon traitement mercuriel. Il est donc évident que le mercure n'est pour rien dans la genèse de cette affection ; on peut aussi conclure à l'absurdité de cette hypothèse parce qu'il y a quelques pays où il existe des cas de tabes, mais sans syphilis et sans mercure. D'un autre côté, il ressort des statistiques ci-dessus qu'il y a aussi des cas dans lesquels la médication mercurielle ne met pas à l'abri d'un tabes ultérieur. Peut-être un traitement ioduré prolongé pourrait-il avoir une action prophylactique utile. A la place de l'iode on pourrait essayer aussi l'iodipin, quoiqu'il n'ait pas une influence directe sur les accidents secondaires. L'iodisme chronique serait peut-être à même de mettre à l'abri du tertiarisme.

Engel-Reimers signale la rareté du tabes chez les prostituées; à l'hôpital de Hambourg, elles sont toutes soumises à de nombreux traitements mercuriels. E.-R. remarque en outre que la vierge tabétique — tabetische Junfrau — qu'on cherche depuis si longtemps pour en étudier l'étiologie, serait maintenant trouvée; il en rapporte un cas en traitement dans son service.

Blaschko demande si dans ce cas on doit absolument exclure la syphilis héréditaire; il attribue plus de valeur à l'observation prolongée de chaque malade qu'à toutes les statistiques. Il croit qu'une vulnérabilité spéciale du système nerveux est nécessaire pour le développement du tabes post-syphilitique.

Arning traite actuellement une famille, le père, la mère et un fils de 8 ans chez lesquels il est survenu, dans la 3e année après l'infection syphilitique, une paralysie commençante. On a sans doute affaire dans ce cas à une syphilis spéciale.

Engel-Reimers fait observer, contrairement à Blaschko, qu'il n'y a pas d'affection syphilitique de la période précoce qui intéresse directement les nerfs. Il y a constamment, par exemple dans l'ophtalmoplégie, la neurorétinite comme trait d'union, une endartérite ou une mésartérite.

Blaschko croit que dans toute syphilis il se produit une lésion directe du système nerveux.

Neisser proteste contre l'opinion de Blaschko que chez tous les syphilitiques il y ait des lésions du système nerveux. A. Doyon.

Étiologie du tabes d'après un millier d'observations, par A. Fournier. *Bulletin médical*, 4 décembre 1901, p. 1017.

Pour exclure les hasards de série, F. a réuni 1000 cas de tabes indiscutable, sur lesquels il relève 925 fois des antécédents syphilitiques certains et 75 fois aucun antécédent de syphilis.

Il fait remarquer que la proportion réelle des cas où la syphilis a précédé le tabes est encore plus considérable, car la syphilis peut avoir passé inaperçue ou avoir été oubliée. Donc, sans dire que la syphilis est la seule cause du tabes, car il est possible que d'autres infections le produisent, il la considère comme la grande cause, la cause principale du tabes. Sur ces 1000 cas de tabes, 8 relevaient de la syphilis héréditaire. Dans la plupart des cas, la syphilis qui précède le tabes est une syphilis légère. Le surmenage nerveux et l'hérédité nerveuse sont des causes prédisposantes certaines, mais seulement des causes prédisposantes. L'insuffisance du traitement a une importance très grande: sur 518 cas sur lesquels F. a pu avoir des renseignements précis, il a relevé 27 fois un traitement absolument nul, 264 fois un traitement très court (de quelques semaines à 6 mois), 104 fois un traitement de 6 mois à 1 an, 69 fois un traitement de 1 an à 2 ans, 20 fois un traitement de 2 à 3 ans, 17 fois un traitement de 3 à 4 ans, 17 fois un traitement non mercuriel.

Le tabes occupe le troisième rang, pour la fréquence, parmi les manifestations tertiaires de la syphilis: sur 4400 malades ayant présenté 5762 déterminations tertiaires, F. a constaté 1418 cas de syphilides cutanées, 787 cas de syphilis cérébrale, 763 cas de tabes, 748 cas de lésions osseuses, 262 cas de lésions de la langue.

F. a vu parfois le tabes influencé par le traitement antisyphilitique soit dans quelques-uns de ses symptômes, soit dans sa marche, parfois même il l'a vu immobilisé dans son évolution, mais jamais il n'a guéri un cas de tabes vrai, confirmé. G. T.

Un cas de tabes précédé par une hémiplégie et présentant des manifestations cutanées syphilitiques actuelles, par P. Marie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 7 mars 1902, p. 197.

M. présente un homme de 45 ans, ayant eu un chancre en 1890, et en 1894 un ictus avec hémiplégie droite empêchant la marche pendant 8 à 10 semaines; quelques mois plus tard survinrent des douleurs fulgurantes,

d'abord d'intensité médiocre; actuellement, le tabes est avéré, et le malade porte sur le médius droit des papules rosées, à distribution à peu près circinée, entourées d'une collerette épidermique, qui sont manifestement syphilitiques. G. T.

Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis et certaines maladies nerveuses (tabes, paralysie générale), par H. Dufour. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 13 juin 1902, p. 558.

Sur 1087 malades (611 hommes et 476 femmes), presque tous adultes et vieillards se présentant pour la première fois à la consultation d'un hôpital non spécialisé pour les maladies syphilitiques ou nerveuses (hôpital Andral), D. a étudié les troubles pupillaires (inégalité, déformations, myosis, signe d'A. Robertson) dans leurs rapports avec la syphilis et les maladies nerveuses.

Sur ces malades, il a trouvé 80 hommes (13 p. 100) et 19 femmes (4 p. 100) syphilitiques avérés; il conclut qu'en y ajoutant les syphilis ignorées en toute franchise et les syphilis dissimulées qu'il estime à 4 p. 100 et les jeunes gens encore indemnes mais destinés à devenir syphilitiques, on peut admettre qu'il y a dans la population parisienne 20 à 22 p. 100 de syphilitiques.

D. a rencontré l'inégalité pupillaire, existant seule, chez 33 hommes dont 9 syphilitiques et chez 20 femmes dont 3 syphilitiques; c'est donc un symptôme banal, de valeur très médiocre.

Il a trouvé l'irrégularité de la papille seule chez 5 hommes, tous anciens syphilitiques avérés; chez 12 autres hommes, également tous syphilitiques avérés, les pupilles offraient, outre l'irrégularité, soit de l'inégalité, soit du myosis, soit le signe d'A. Robertson, ou bien les malades étaient tabétiques; 6 hommes, niant la syphilis, présentaient des déformations pupillaires et de l'inégalité; 5 femmes avaient de l'inégalité pupillaire et ignoraient toutes avoir eu la syphilis, mais la syphilis était au moins très vraisemblable chez 3 d'entre elles. Ce symptôme a donc, dans la grande majorité des cas, mais non dans tous, une importance considérable comme signe de syphilis ancienne; il se retrouve aussi chez les tabétiques.

Le signe d'A. Robertson existait chez 13 hommes : 3 étaient tabétiques et syphilitiques avérés, 7 syphilitiques avérés sans signe de tabes, 1 autre était un paralytique général dont la femme avait fait trois fausses couches; 2 avaient la syphilis et présentaient des signes de tabes au début. Il existait chez 10 femmes : 3 tabétiques et syphilitiques avérées, 2 tabétiques n'ayant pas eu la syphilis mais ayant fait des fausses couches, 1 tabétique niant la syphilis, 2 syphilitiques, 1 niant la syphilis, 1 alcoolique avec polynévrite douloureuse.

Il y a donc, sur 80 syphilitiques, dont quelques-uns infectés depuis quelques semaines ou quelques mois seulement, 18, soit près de 1/4 ayant eu des altérations pupillaires ou le tabes.

Widal a observé une lymphocytose intense du liquide céphalo-rachidien chez 2 malades présentant le signe d'A. Robertson presque à l'état d'isolement. Ce signe témoigne donc d'une lésion marquée du système nerveux.

P. Marie rappelle que le signe d'A. Robertson s'observe chez des malades

qui ne sont pas syphilitiques, mais sont atteints de lésions des cordons postérieurs. La syphilis n'est donc pas seule cause de ce signe, mais elle en est la cause la plus plus fréquente. G. T.

Hémiplégie syphilitique protubérantielle au cours du tabes, par Touche. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 7 mars 1902, p. 213.

Homme de 59 ans, ayant eu à l'âge de 27 ans un chancre de la lèvre ; un an après le chancre, fourmillements et affaiblissement dans les deux membres du côté gauche et, à un certain moment, hémiplégie gauche flasque, totale et complète ; à la suite d'un traitement mercuriel intensif, guérison incomplète de ces accidents ; à l'âge de 45 ans, début du tabes; qui évolue progressivement; à 59 ans, hémiplégie droite complète, avec participation du facial inférieur et intégrité de l'orbiculaire palpébral et du frontal, pas de trouble de la parole autre qu'un certain degré de dysarthrie qui a précédé l'hémiplégie, limitation des mouvements des yeux vers la gauche ; mort le lendemain.

A l'autopsie, dilatation considérable du tronc basilaire depuis le point de convergence des deux artères vertébrales, empiétant même sur l'origine de la vertébrale droite et se poursuivant jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la protubérance ; moitié droite de la protubérance diminuée de volume. A l'examen histologique, artérite chronique de la basilaire avec oblitération complète par un caillot, ramollissement évident de la partie centrale du faisceau pyramidal gauche.

En résumé, artérite précoce du tronc basilaire, puis tabes, au cours duquel se montre une hémiplégie droite due à l'oblitération du même tronc basilaire, déjà atteint 30 ans auparavant. G. T.

Syphilis héréditaire.

Syphilis héréditaire, par Sequeira. *Dermatological Society of London*, 15 mars 1901.

S. présente un enfant de 13 ans sans antécédents syphilitiques bien nets. En juillet dernier est apparue une ulcération du nez qui en 6 mois a détruit la cloison et les deux ailes ; l'ulcération est suppurante, fétide, couverte de croûtes épaisses qui obstruent les fosses nasales. La rapidité de la destruction, l'absence de nodules lupiques firent penser à la syphilis, et la lésion guérit promptement par le traitement mixte. W. D.

Radiographie d'os d'enfants syphilitiques, par Hochsinger. *VII Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

H. présente de très belles radiographies d'ossification défectueuse d'enfants syphilitiques. La zone de calcification des cartilages est plus large et plus claire sur le radiogramme que dans l'état normal.

v. Petersen signale la valeur de la radiographie pour reconnaitre les maladies syphilitiques des os.

Hochsinger avait déjà, avant Petersen, insisté sur l'importance des rayons X pour le diagnostic de la pseudo-paralysie des petits enfants.

Löwenhardt est arrivé à radiographier l'uretère en se servant du cathéter employé pour cet organe. A. Doyon.

Lésions du rein et du poumon dans un cas de syphilis héréditaire (infarctus syphilitique), par Katz et Durante. *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, juillet 1901, p. 472 et 487.

Enfant mort quelques minutes après sa naissance. Quelques bulles de pemphigus à la plante des pieds, vessie augmentée de volume, surtout à son pôle supérieur, dont la face postérieure adhère aux anses intestinales; ces lésions tiennent probablement à une péritonite adhésive syphilitique. Quantité prodigieuse de gommes viscérales. Gommes miliaires sur les coupes du cœur. Gommes petites, mais très distinctes, sur les deux faces du diaphragme. Les poumons et les reins sont les organes les plus atteints.

Dans les poumons, tumeurs superficielles très nombreuses mais séparées par des travées de tissu sain, grises, dures, arrondies, saillantes avec ombilication centrale les faisant ressembler à des pustules varioliques; à l'examen microscopique, les tumeurs sont formées d'un tissu nécrosé ne se colorant pas, mais sans dégénérescence caséeuse; à la périphérie, zone infiltrée de grains calcaires; endopériartérite intense occupant les vaisseaux en dehors des limites des lésions, et oblitération qui explique les foyers de nécrose.

Dans les reins, gommes saillantes à la surface, assez régulièrement circulaires, mais ayant sur les coupes une apparence pyramidale. Histologiquement, toute la base de cette pyramide est formée de tissu nécrosé ne se colorant pas; sur les bords, infiltration de grains calcaires, vaisseaux dilatés et nombreuses hémorrhagies capillaires : au sommet de la pyramide, endopériartérite intense avec oblitération des artérioles.

Il s'agit donc, dans ces cas, non de gommes, mais d'infarctus d'origine syphilitique, lésions qui n'ont pas encore été signalées dans la syphilis des nouveau-nés. G. T.

Traitement de la syphilis.

Traitement des femmes syphilitiques, par Riehl. *VII Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, mai 1901.

R. expose son nouveau mode de traitement des mères syphilitiques ou des mères d'enfants hérédo-syphilitiques; il consiste dans l'introduction dans le vagin d'un ovule mercuriel (beurre de cacao et onguent gris āā 1 gramme). Chaque jour on introduit un de ces ovules jusqu'à la portion vaginale de l'utérus et on le maintient à l'aide d'un tampon. On applique ces ovules dès le début de la grossesse jusqu'à la fin.

En outre, les femmes syphilitiques suivent un traitement général correspondant à chaque cas.

Sur 33 femmes ainsi traitées — chez toutes il s'agissait de symptômes secondaires — une avorta après la 4e semaine de traitement à l'ambulatorium; il y eut 3 accouchements prématurés dans les 8e et 9e mois; 29 femmes accouchèrent à terme d'enfants robustes. De ces enfants deux vinrent au monde morts, deux avec des symptômes de syphilis héréditaire.

Une observation prolongée de ces enfants révèle une mortalité de 11 p. 100 et une morbidité totale de 20 p. 100. Selon R., ces résultats sont meilleurs que ceux indiqués par d'autres observateurs; il l'attribue à l'influence topique du mercure sur l'utérus. A. Doyon.

Traitement de la syphilis par la teinture d'iode, par Richter. *73. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte*, septembre 1901.

R. prescrit trois fois par jour 10 à 30 gouttes de teinture d'iode dans du café ou du vin rouge. Chez 26 p. 100 de ses malades la dose maxima bien tolérée était de 50 gouttes trois fois par jour. A. Doyon.

De l'absorption du mercure par la peau, par Ehrmann. *Wiener dermatologische Gesellschaft,* 6 novembre 1901.

E. rapporte le cas d'un homme qui, malgré 130 frictions faites en province dans l'espace de 2 années, présentait des symptômes cérébraux graves, et fut de nouveau soumis à un traitement par les frictions. Après une nouvelle série de 20 frictions il n'y avait pas trace de mercure dans les urines; ce n'est qu'à la suite de 15 injections ultérieures de sublimé à 2 p. 100 qu'on put observer une réaction mercurielle évidente. Il y a donc certains sujets dont la peau n'est pas pénétrée par le mercure. E. les considèrerait comme réfractaires, mais dans les cas où le traitement est insuffisant ou dans ceux où le mercure a pénétré sans amener un résultat thérapeutique.

Mracek a vu un malade atteint de chancre extragénital et de syphilide maculo-papuleuse qui fit, avec des intervalles, 400 frictions sans présenter de symptômes d'intoxication; dans l'urine on ne trouvait pas trace de mercure, mais le traitement n'a eu aussi aucune influence appréciable sur la syphilide. Finalement il survint des nécroses et des destructions osseuses et ce n'est qu'avec des doses élevées d'iode, des bains chauds et une suralimentation artificielle que le malade put se relever sans traitement mercuriel ultérieur.

Neumann pense que seul l'examen des urines peut renseigner sur l'absorption du mercure. Souvent on trouve une sursaturation mercurielle de l'organisme. Il est certainement absorbé, mais les symptômes ne rétrocèdent pas. N. rapporte le cas d'un confrère atteint de nodosités de la grosseur d'une noisette situées sur les sourcils, la muqueuse du palais et du voile du palais était exulcérée; ce malade avait fait en deux ans environ 200 frictions. Récemment il y a eu encore recours; les nodosités restaient dans le même état. Mais deux à trois mois après la cessation du traitement, elles disparurent. Dans beaucoup de cas semblables le mercure n'agit de nouveau que si on l'a cessé plusieurs semaines auparavant.

Winkler a vu il y a quelque temps une malade qui avait été traitée, dit-on, il y a douze ans par du mercure. On ne trouvait pas de mercure dans l'urine, mais on pouvait encore le constater dans la sueur. A. Doyon.

Le lactate de mercure, son emploi dans le traitement de la syphilis, par Gaucher, Lextrait et Gandillon. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 février 1902, p. 173.

Gaucher cherchait depuis longtemps un sel organique de mercure, de préparation facile et de stabilité indéfinie, peu irritant et, par suite, peu douloureux en injections sous-cutanées et enfin assez riche en mercure pour permettre de n'en injecter chaque jour que 1 centigramme. Le lactate neutre de mercure répond à ces conditions : il contient moins de mercure que le sublimé, mais en renferme notablement plus que le benzoate.

Il se prépare en dissolvant l'oxyde rouge de mercure dans l'acide lactique très pur suffisamment dilué (au dixième environ). C'est un sel très soluble.

En injections sous-cutanées, la solution au centième n'est pas irritante, est très bien supportée par les malades et son efficacité est la même que celle du sublimé, du peptonate de mercure ou du benzoate.

La solution au millième est complètement insipide : aussi les malades la prennent-ils beaucoup plus volontiers que la solution de sublimé. G. T.

Sur quelques combinaisons organiques du mercure susceptibles d'emploi dans le traitement de la syphilis, par Danlos. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 11 avril 1902, p. 303.

D. avait pensé, théoriquement, que les combinaisons organiques du mercure ayant plus d'instabilité et de douceur dans l'action que les sels minéraux, pouvaient avoir sur ceux-ci une réelle supériorité. Il a essayé les composés du mercure avec l'asparagine, le glycocolle et l'acétamide et n'a pas obtenu de résultats plus actifs qu'avec les sels minéraux usités couramment. D'ailleurs les divers composés organiques du mercure préconisés ont été successivement abandonnés et dans la thérapeutique courante on en est toujours revenu aux sels minéraux qui, malgré les idées théoriques a priori, se sont montrés les plus actifs en réalité.

D. néanmoins se propose d'étudier encore l'action thérapeutique de deux composés nouveaux, obtenus en chauffant une solution aqueuse ou alcoolique de l'oxyde jaune de mercure et de l'antipyrine ou de la saccharine ; il pense que le premier de ces composés peut présenter des propriétés analgésiques qui le rendent propre aux injections hypodermiques, tandis que la saveur de la saccharine peut masquer pour l'usage interne l'horrible goût des sels mercuriels ; on pourrait également expérimenter le mercure vanilline, qui est insipide.

Le glycocolle mercurique est très actif, aussi actif et aussi douloureux que le calomel, mais il a le défaut d'exiger une préparation faite immédiatement ; par contre, il n'expose pas aux embolies comme on est exposé à en produire avec le calomel. G. T.

Accidents du traitement de la syphilis.

Lésions des tissus consécutives à l'injection de sels insolubles de mercure, par Chotzen. *73. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte,* septembre 1901.

C. a examiné au microscope une tumeur de la région fessière de la grosseur d'une noix, consécutive à une injection de thymolate de mercure faite 6 ans auparavant ; cette tumeur était formée de différentes couches. Au centre il y avait des cristaux du sel de mercure. Cette injection avait déterminé la destruction des tissus et, par suite de la transformation partielle du sel mercuriel en sublimé, une vive inflammation et un néoplasme. Des injections chez les chiens avec du calomel ont permis à C. de constater par comparaison que la tumeur avait dû se former 5 à 14 jours après l'injection et à partir de ce moment ne s'était plus modifiée. La cause de cet arrêt dans la résorption paraît tenir, d'après les caractères histologiques, à la compression mécanique des tissus, ainsi qu'à la lésion endo-artérielle des vaisseaux sous-cutanés. Ce fait doit mettre en garde contre les sels insolubles de mercure dont il est impossible de mesurer l'action ; il

faut par conséquent les regarder comme étant de moindre valeur dans le traitement de la syphilis.

Richter fait l'éloge des injections de sublimé à 5 p. 100 qui sont, il est vrai, plus douloureuses.

Ullmann préconise le traitement avec l'huile grise, surtout avec son mode actuel de préparation.

Schiff dit qu'on doit commencer d'abord par les sels solubles. La différence des résultats ne tient pas aux préparations, mais aux malades.

Matzenauer remarque que les sels solubles sont d'un dosage facile. Avec le succinimide de mercure à 2 p. 100 on obtient un succès rapide en 5 jours.

Ullmann, Galewski et Blaschko pensent qu'il est impossible en principe de se mettre d'accord sur le meilleur médicament.

Blaschko est avant tout d'avis que des cas de caractère différent réclament aussi un traitement différent. Peut-être cela tient-il à la structure de l'épiderme. Il n'est pas toujours possible d'éviter les nodosités. Il importe beaucoup d'avoir une technique précise. On devrait, après l'injection qui a ouvert les capillaires, ne pas augmenter l'hémorrhagie par le massage, mais l'arrêter par la compression digitale. A. Doyon.

Cas d'intoxication mercurielle grave, par Lesser. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 4 mars 1902.

L. rapporte un cas d'intoxication mercurielle grave à la suite de l'injection de 2,5 décigrammes de salicylate de mercure (en trois injections). Après la dernière injection, il survint de la diarrhée. Trois semaines plus tard un érythème mercuriel avec abondante desquamation, une fièvre atteignant jusqu'à 40°,4 ; une légère albuminurie ; les urines renfermaient une grande quantité de mercure. La malade était en voie d'amélioration, lorsqu'il survint, à la fin de février, une nécrose de toute la paroi postérieure du vagin dont la chute établit une communication avec le rectum. De nouveau fièvre élevée, pouls 140 à 150, pronostic très grave. En raison du long intervalle entre la dernière des injections et les symptômes sévères d'intoxication mercurielle, on pensa qu'il n'y avait pas à espérer de succès en enlevant le mercure par voie opératoire. Il s'agit sans doute d'une idiosyncrasie prononcée vis-à-vis du mercure. Malgré cette complication, L. ne croit pas qu'il y ait lieu de renoncer au traitement par les injections de sels insolubles, car cette méthode ne saurait être remplacée dans certains cas, pas plus qu'on ne doit abandonner la narcose par le chloroforme malgré quelques cas de mort.

Lassar déconseille, après des expériences de ce genre, les injections de sels insolubles de mercure et demande qu'on précise les indications de ce traitement et les moyens d'éviter des incidents aussi graves.

Rosenthal n'a pas eu avec des sels insolubles (salicylate de mercure) des résultats plus défavorables qu'avec d'autres méthodes. On voit aussi apparaître les intoxications les plus graves après les frictions mercurielles. Pour une certaine catégorie de malades les injections de sels insolubles sont les seules efficaces. Dans le cas actuel les reins n'étaient peut-être pas intacts.

Lippmann n'emploie les sels insolubles que si les autres méthodes ont

échoué ; mais il a vu survenir des accidents graves à la suite d'injections de sublimé à dose élevée (2 à 4 centigrammes par dose).

Japha rapporte en cas de mort après l'emploi de 2 décigrammes de salicylate de mercure (en deux injections) chez un homme atteint de paralysie des membres inférieurs, de l'intestin et de la vessie (myélite syphilitique). La mort survint deux jours après la deuxième injection. On trouva à l'autopsie des ulcérations dysentériques avec perforation de l'intestin. Dans les cas de paralysie intestinale, on ne devrait pas en général prescrire le mercure.

Blaschko rapporte un cas de mort après une seule friction avec l'onguent gris (cas de phthiriase). La préparation insoluble n'y est ici pour rien, mais seulement le mercure : l'idiosyncrasie qui peut ne se manifester que dans le cours du traitement. B. a vu des érythèmes mercuriels graves survenir après 20 et 25 frictions bien supportées. Il rappelle les discussions qui ont lieu sur ce sujet à la Société française de dermatologie. Le sublimé à dose élevée agit en précipitant (albuminate de mercure) dans le tissu exactement comme les sels insolubles. Il n'abandonnerait le traitement avec les sels insolubles de mercure que s'il était établi que d'autres composés mercuriels ne provoquent pas des symptômes graves de ce genre.

Saalfeld dit qu'on a pu commettre une erreur dans la préparation; il en cite un exemple. Il s'agit probablement dans ce cas d'une complication septique.

Heller demande si on a observé des symptômes aussi graves après des injections de sublimé.

Blaschko n'a pas une expérience suffisante de cette méthode pour pouvoir répondre à cette question.

Lesser exclut toute infection, les courbes de température n'indiquaient aucune complication de ce genre. Il n'emploie pas les préparations de sels insolubles indifféremment dans tous les cas, il se guide uniquement d'après des indications précises. Il serait regrettable, dans l'intérêt des malades, de s'abstenir de ce traitement dans les cas appropriés à cause des intoxications graves qu'on a parfois observées ; c'est une médication qu'on ne saurait remplacer. Les symptômes ne tiennent pas ici à la grande quantité de mercure, mais à l'idiosyncrasie du malade. A. Doyon.

Complications de voisinage de la blennorrhagie.

Inflammation des cordons spermatiques chez un castrat, par Hoffmann. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 5 novembre 1901.

H. présente un malade ayant subi la castration double à la suite d'une blessure. Deux semaines après le début d'une blennorrhagie dans la région inguinale gauche, tuméfaction douloureuse. La partie du cordon spermatique enflammé qui existe encore fait saillie hors de l'anneau inguinal ; par le toucher rectal on perçoit également cette tuméfaction. Il s'agit donc d'une inflammation du tronçon du conduit spermatique consécutive à une blennorrhagie. A. Doyon.

Abcès multiples à gonocoques des organes génitaux chez une femme atteinte de vulvo-uréthrite blennorrhagique (Nota clinica su un caso di ascessi gonococcici multiple e successivi degli organi genitali femminili nel corso di una vulvo uretrite blenorragica subacuta), par Gravagna. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1902, fasc. 1, p. 37.

Femme de 22 ans, atteinte de blennorrhagie vulvaire et uréthrale, observant une propreté rare chez les prostituées. Après la disparition des phénomènes subjectifs et alors que la guérison complète semblait proche, apparition brusque d'un abcès du volume d'une noisette au-dessus et à droite du capuchon du clitoris ; 3 jours plus tard, nouvel abcès au milieu du vestibule le long de la bandelette longitudinale; au bout de 8 jours, un abcès à la partie inférieure et externe de la petite lèvre droite, et un autre au-dessous du clitoris, à un centimètre au-dessus de l'incision du premier abcès ; 4 jours plus tard, malgré la guérison apparente de l'uréthrite et l'absence de sécrétions et de gonocoques, nouvel abcès du volume d'une petite noisette à la basse du mont de Vénus, à droite, à 2 centimètres au-dessus du premier abcès ; au bout de 5 jours, abcès à la région moyenne et externe de la lèvre droite. Tous ces abcès guérirent rapidement. Le pus renfermait des gonocoques. G., se basant sur la guérison de la blennorrhagie au moment de leur apparition et sur la propreté de la malade, pense qu'il s'agit de foyers dus à la migration des gonocoques par les voies lymphatiques. G. T.

Péritonite blennorrhagique aiguë (Acute general gonorrheal peritonitis), par Hunner et Harris. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, juin 1902, p. 121.

H. et H. rapportent 7 observations de péritonite généralisée d'origine blennorrhagique. Dans 4 des cas on a trouvé le gonocoque dans le pus de l'abdomen, soit par l'examen microscopique (2), par la culture (1) ou par ces deux procédés (1). Les 7 cas ont été opérés et 2 malades sont mortes. Dans la discussion les auteurs montrent que l'indication opératoire est loin d'être formelle, que lorsque les symptômes et l'évolution permettent

d'affirmer la nature blennorrhagique de la péritonite, il est souvent préférable de s'en tenir à l'expectation. W. D.

Complications générales de la blennorrhagie.

Endocardite blennorrhagique, par Neisser. *Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin*, 6 novembre 1900.

N. présente une préparation d'endocardite blennorrhagique et expose les nouvelles théories concernant cette affection, et en particulier les opinions de v. Jürgensen et de Litten. Le cas actuel correspond complètement au tableau de l'endocardite blennorrhagique maligne tel que Litten l'a présenté. Il s'agit d'un homme qui fut pris, au cours d'une blennorrhagie récente, de fièvre intense et de douleurs articulaires qui disparurent très rapidement; par contre, il persista une fièvre irrégulière élevée; au bout de peu de temps, apparition d'un bruit systolique; pas d'hémorrhagies, rien d'anormal dans l'urine; mais la faiblesse et la pâleur s'accentuèrent, stupeur, pouls mauvais; dans ces conditions la mort survint après deux semaines.

Sur la valvule mitrale, végétations volumineuses; dans la rate et les reins, infarctus. Dans les concrétions de l'endocarde, gonocoques typiques en grand nombre. Il n'a pas été fait de cultures; depuis qu'on a démontré l'existence d'une endocardite blennorrhagique vraie, le diagnostic microscopique suffit dans beaucoup de cas; les caractères du gonocoque dans le tissu cités par Litten paraissent être certains et avant, tout naturellement, la décoloration par le Gram. A. Doyon.

Rhumatisme articulaire blennorrhagique avec constatation de gonocoques dans le sang, par Unger. *Berliner Verein für innere Medicin*, 21 novembre 1901.

U. rapporte l'observation d'un jeune homme chez lequel il survint, consécutivement à un traumatisme, une tuméfaction de l'articulation coxo-fémorale. La marche fut si foudroyante qu'on admit l'existence d'une ostéomyélite. On trouva de nombreux gonocoques dans la sécrétion uréthrale qui permirent de faire un diagnostic exact. D'autres arthrites se produisirent, et des bruits systoliques se firent entendre au cœur. L'examen du sang montra des colonies typiques de gonocoques.

On a rarement constaté des gonocoques dans le sang. U. croit que cela tient à une technique incomplète et recommande d'en faire la recherche sur une grande quantité de sang, de le diluer suffisamment et d'employer des milieux de culture liquides.

Michaelis n'a jamais trouvé de gonocoques dans le sang, mais il approuve toutes les observations ci-dessus. Elles s'appliquent non seulement aux gonocoques, mais encore à la plupart des agents pathogènes.

Klemperer rapporte le cas d'un nouveau-né qui pendant l'accouchement contracta une conjonctivite blennorrhagique; elle guérit avec un traitement approprié. Il survint ensuite des tuméfactions articulaires multiples, un abcès de la région dorsale dont le pus contenait des gonocoques typiques.

Frænkel dit qu'en observant les précautions ci-dessus, on. peut constater très souvent dans d'autres maladies infectieuses la présence de bactéries dans le sang et enfin un caractère pâteux de la tuméfaction.

Unger ajoute que l'examen doit être fait très rapidement, car les gono-

coques sont très promptement détruits dans la sérosité articulaire ainsi que dans le sang. A. Doyon.

Gonococcohémie (La gonococcemia), par G. Barbiani. *Giornale italiano delle malatie veneree e della pelle*, 1902, fasc. 1, p. 9.

A l'occasion d'une observation de rhumatisme blennorrhagique généralisé fébrile, accompagné d'érythème polymorphe, développé chez un homme de 36 ans, diabétique, au cours d'une uréthrite aiguë, pendant lequel il a pu constater la présence du gonocoque dans le sang extrait d'une veine, B. passe en revue les diverses manifestations générales de la blennorrhagie ; son étude, très documentée et très consciencieuse, lui permet de démontrer l'existence de la gonococcohémie dans les cas où se sont produites ces localisations de la blennorrhagie ; il attribue un rôle prédisposant au diabète qui existait chez son malade. G. T.

Myosite blennorrhagique, par Heller. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 4 février 1902.

H. présente un jeune homme porteur d'infiltrats durs extrêmement douloureux des muscles du bras gauche, survenus dans le cours d'une blennorrhagie. Leur apparition fut précédée par une arthrite de l'épaule; sous l'influence de l'iodure de potassium, en trois jours la tumeur diminua et les douleurs disparurent. Il s'agit d'une myosite blennorrhagique. Dans un cas analogue on a incisé la tumeur et on y trouva des gonocoques. Ce malade a contracté la syphilis il y a quelques années, il a eu plusieurs récidives (la dernière il y a 6 mois) qui ont été traitées. H. rejette tout rapport causal entre l'affection actuelle et la syphilis, en raison: 1° de la maladie articulaire qui, d'après Lewin, ne précède pas la myosite syphilitique interstitielle; 2° de la grande sensibilité, et 3° du développement extraordinairement rapide de l'affection. Il ne saurait non plus être question d'un traumatisme. A. Doyon.

Le Gérant : Pierre Auger.

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



Masson & Cie, Éditeurs

Phototypie Berthaud, Paris

TRAVAUX ORIGINAUX



ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU VERRUCOME DE CARRION

Par Edmundo E. Escomel
de la Faculté de Médecine de Lima.

(*Avec 7 planches en chromolithographie.*)

I. — Historique.

L'anatomie pathologique de la Verruga du Pérou a été, dans ces dernières années, l'objet de plusieurs études.

Le premier qui s'en occupa fut notre maître le Dr Armando Velez qui publia en 1861, dans la *Gaceta Medica de Lima*, un travail sur ce sujet; il concluait alors que le point de départ de la tumeur était toujours le corps papillaire des muqueuses ou de la peau.

Après lui, MM. Cornil, Renaut, Dounon (1) et Yzquierdo (2) s'en occupèrent aussi; ils étaient tous d'accord sur la nature du verrucome. M. Renaut arrivait à cette conclusion : « En résumé, ce sont « de petits sarcomes fibreux, qui paraissent tendre activement à la « production du tissu fibreux vrai, mais qui, au moment où nous « les avons examinés, étaient encore à la période embryonnaire. »

Comme nous le verrons tout à l'heure, et bien que nos connaissances histologiques soient limitées, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'un granulome qui n'arrivera jamais à *devenir du tissu fibreux vrai*, et qu'au contraire, quand il régresse, il subit une résorption qui le fait disparaître sans laisser de traces.

Notre cher maître, M. le professeur Letulle, a consigné une remarquable étude microscopique sur les verrugas, dans la monographie du professeur Odriozola (3), mais les tumeurs qui lui sont parvenues ont été modifiées par des éléments étrangers. C'est ainsi qu'il a vu des lymphangites, des placards de fibrine et des amas de leucocytes qui ne se rencontrent pas quand la tumeur est purement verruqueuse, sans complication d'autres processus pathologiques.

M. le Dr Tamayo, de Lima, a fait sur l'histologie pathologique de la verruga nodulaire, une belle thèse dans laquelle il indique une modification à un procédé de coloration de Ramon y Cajal (4).

(1) Dounon. *Études sur la verruga, maladie endémique dans les Andes Péruviennes*. Paris, 1871.

(2) Yzquierdo. *Archiv f. path. Anat.*, 1885, t. 99.

(3) Odriozola. *La maladie de Carrion ou verruga péruvienne*. Paris, 1898.

(4) Manuel O. Tamayo. Thèse de Lima, 1900.

M. Hercelles, de Lima, dans sa thèse (1), a émis, sur l'histogenèse de la verruga, une théorie vasculaire que nous ne croyons pas exacte; car il dit que la verruga naît par un phénomène de péri-artérite, la trame verruqueuse se constituant d'abord pour se combler après des cellules provenant de la réaction du tissu. Il croit que la régression des tumeurs est due à un phénomène d'endartérite.

Par contre, nous avons obtenu de belles coupes de verrucomes naissants, qui montrent que la verruga du Pérou suit les lois d'évolution qui appartiennent aux granulomes en général, comme nous le verrons à la fin de ce travail (2).

M. Hercelles a vu aussi des cellules géantes polynucléaires que MM. Letulle, Tamayo et nous n'avons jamais constatées. M. Nicolle dit les avoir vues, mais seulement dans les verrugas du foie (3).

Tels sont les seuls travaux publiés actuellement sur l'histologie de la verruga du Pérou.

Aperçu symptomatologique. — Avant de commencer notre description anatomo-pathologique, nous croyons nécessaire de faire un résumé de ce qu'est la maladie elle-même.

M. le professeur Odriozola a publié, en 1896, une magnifique monographie où on peut trouver jusque dans les moindres détails tout ce qui concerne la pathologie de la maladie de Carrion.

C'est une maladie parasitaire endémique et cantonnée à certaines régions très limitées du Pérou.

On la trouve surtout dans quelques vallées profondes, dans certaines parties du cours des rivières. On croit que son agent spécifique vit dans la terre humide des bords de ces rivières.

L'incubation varie entre quinze et quarante jours. Les premiers symptômes sont ceux des maladies infectieuses en général, avec courbature et douleurs articulaires et musculaires; la fièvre s'allume et peut atteindre 40 degrés et même davantage, l'anémie est profonde et rapide; la rate, le foie et les ganglions lymphatiques sont volumineux. Cet état a une durée très variable, et se termine par la mort, la guérison ou par l'éruption de verrugas.

La première forme est la forme *aiguë*, et celle qui se termine par l'éruption de verrugas est la forme *chronique*.

Tel est le cas typique, qui varie beaucoup suivant les circonstances.

On croyait auparavant que la forme aiguë ou fièvre de l'Oroya, était une maladie différente de la fièvre éruptive, quand Carrion, étudiant en médecine, s'inocula avec le sang d'une petite tumeur

(1) O. Hercelles. Thèse de Lima, 1900.
(2) E. E. Escomel. Thèse de Lima, 1901.
(3) Nicolle et Remlinger. *Traité de Technique microbiologique*, p. 552.

et mourut 39 jours après avec tous les symptômes de la fièvre grave qui porte aujourd'hui son nom, sans avoir présenté d'éruption.

Trente jours après l'inoculation, il mettait ces mots sur son carnet d'observations : « A partir d'aujourd'hui, je prie mes camarades « de vouloir bien suivre mon observation, car j'avoue qu'il me « serait très difficile de le faire moi-même. »

Dès ce moment l'identité fut établie entre la *fièvre de l'Oroya* et l'*éruption de verrugas*. Il fallut cet héroïque sacrifice pour mettre d'accord les unicistes et les dualistes au sujet de la maladie de Carrion.

Après un temps plus ou moins long de symptômes graves, une éruption apparaît sous forme de petites éminences, plus appréciables au toucher qu'à la vue, commençant généralement par les membres et du côté de l'extension. La face n'est pas épargnée et le tronc est envahi avec une moindre intensité.

Suivant le siège d'implantation et le degré de développement, il y a deux formes de verrugas, la *verruga miliaire* et la *verruga mulaire* (1).

Les premières sont très petites et les dernières les plus grosses, et on peut observer sur le même malade à la fois les deux formes de verrugas.

On constate parfois des variétés dénommées *sudamineuse*, *cornée*, *vésiculeuse* et *pustuleuse* (2), qui affectent les formes indiquées par leurs noms, mais qui reproduiront après la verruga miliaire typique. La mulaire offre une variété, la *nodulaire*, qui a l'aspect d'un nodule sous-cutané et qui se présente à la vue comme une saillie de la peau sans aucune modification de sa coloration.

Mais il faut faire cette réserve, que toutes ces formes et toutes ces variétés ne sont que le même processus verruqueux, seulement modifié par des conditions de semence et de terrain.

L'éruption est tantôt discrète, tantôt confluente, et, en voyant le malade atteint par la forme miliaire ordinaire, on le croirait parsemé de petites cerises mûres, tant est grande la ressemblance avec ces fruits. Parfois il ne présente qu'une seule verruga nodulaire, énorme, de la grosseur d'une orange, ulcérée et qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour un cancer.

Il y a des cas dans lesquels l'éruption se fait en une seule poussée ou à plusieurs reprises, la forme miliaire ou la forme mulaire alternant ou se présentant simultanément.

(1) La dénomination du *mulaire* a été donnée par les gens du pays et conservée par le professeur Odriozola et les autres médecins péruviens qui se sont occupés de la question aux verrugas de grande dimension : elle a pour origine ce fait d'observation que, chez les mulets de la région atteints de cette maladie, les verrugas atteignent ordinairement de grandes dimensions.

(2) Ces deux dernières variétés ont été décrites pour la première fois par le professeur Odriozola.

Après un temps très variable, et quelquefois très long, l'éruption commence à régresser peu à peu jusqu'à disparition totale.

Ordinairement l'éruption ne laisse aucune trace de son passage, même pour les grosses verrugas quand elles ne s'ulcèrent pas ; mais nous avons pu observer un cas dans lequel, trois mois après la disparition de l'éruption, il y avait à la place de chaque verruga une petite tache noirâtre. Ce serait le seul cas que l'on aurait vu jusqu'à présent.

Avec l'éruption, presque tous les symptômes graves s'atténuent, la fièvre tombe, le foie et la rate diminuent de volume, les douleurs sont moins fortes, à tel point que les malades peuvent même vaquer à leurs occupations.

Mais il y a des cas où la fièvre persiste de même que les autres symptômes, et alors le pronostic est presque toujours fatal, surtout quand l'éruption se flétrit peu après son apparition.

La maladie est si bizarre que parfois une fois l'éruption terminée le malade est guéri ; mais d'autres fois, après une période latente, très variable, une nouvelle poussée de fièvre et une nouvelle éruption se montrent, et ainsi de suite jusqu'à la mort du sujet.

Cet aperçu symptomatologique terminé, nous abordons le sujet de notre travail, c'est-à-dire l'anatomie pathologique du Verrucome de Carrion, que nous étudierons d'après le plan suivant :

1° Définition et division.
2° Caractères macroscopiques
   a. à la période de croissance ;
   b. à la période de régression.
3° Localisation.
4° Caractères microscospiques
   a. à la période de croissance ;
   b. à la période de régression.
5° Histogenèse et évolution. — Théorie cellulaire.
6° Microphytes observés (1).

II. — Définition et division.

On désigne sous le nom de *Verrucome de Carrion*, la néoformation conjonctive exubérante qui, sous des formes variées, est l'expression de réaction de l'organisme au germe spécifique de la verruga.

Pour employer un nom qui embrasse toutes les formes et variétés

(1) Nous devons les photographies adjointes à ce travail à l'amabilité de notre cher maître le Dr Ricardo L. Florez, auquel nous serons toujours très reconnaissant. Les figures coloriées et les aquarelles ont été exécutées par nous-même pour obtenir le plus de ressemblance possible avec les originaux.

de la verruga, nous l'appelons *Verrucome* (1), à la manière d'autres granulomes, le trachome, le léprome et nous ajoutons *de Carrion* en souvenir du martyr de la science péruvienne.

De même les formes miliaire et mulaire nous les dénommons *granulome* et *globulome*, réservant le mot *nodulome* pour la verruga nodulaire.

Après les réserves faites tout à l'heure, et qui d'ailleurs ont été aussi faites par le professeur Odriozola, nous acceptons la classification consignée dans sa monographie (2).

	FORMES	VARIÉTÉS
Verrucome de Carrion.............	Granulome ou verruga miliaire.....	Cornée. Sudamineuse. Vésiculeuse. Pustuleuse.
	Globulome ou verruga mulaire......	Nodulome ou verruga nodulaire.

III. — Caractères macroscopiques.

Dans la description macroscopique du verrucome, nous comprendrons deux états successifs : *la période de croissance et la période de régression.*

1. *Période de croissance.*

a. **Granulome ou Verruga miliaire typique.** — Il commence à se développer en général sous forme d'une petite tache circonscrite ou comme un petit bouton plus perceptible au toucher qu'à la vue. Il grandit peu à peu et sa coloration rougeâtre, semi-transparente, indique la grande abondance de vaisseaux qu'il contient.

D'après le nombre de tumeurs, il y a une forme d'éruption *discrète* et une autre *confluente* et, d'après la forme, la tumeur est tantôt *sessile*, tantôt *pédiculée.*

On peut même voir des granulomes atteindre la grosseur d'une cerise, dont ils présentent la couleur et la surface lisse, sphérique et régulière ; ce sont les *unilobulaires* ; par contre, d'autres présentent des sillons à la surface, correspondant à des segmentations internes, et ce sont les *multilobulaires.*

Première variété, cornée. — Elle commence par une petite éminence blanchâtre qui résiste plus à la pression du doigt que la précédente ; elle ressemble à un papillome cutané, elle grandit peu, et, ce qu'il y a de remarquable en elle, c'est la prédominance épidermique et la moindre quantité de vaisseaux.

(1) E. E. Escomel. *Thèse de Lima*, 1901.

(2) Odriozola. *La maladie de Carrion*, p. 189.

Parfois, après avoir atteint un certain degré de développement, elle se transforme en véritable miliaire.

DEUXIÈME VARIÉTÉ, SUDAMINEUSE. — Elle commence comme le granulome, après quoi elle s'empare de sa caractéristique : *papille rougeâtre* (altération du derme) et cuspide transparente avec une nette ombilication (altération de l'épiderme).

TROISIÈME ET QUATRIÈME VARIÉTÉS, VÉSICULEUSE ET PUSTULEUSE DU PROFESSEUR ODRIOZOLA. — Voici ce que notre maître dit à leur sujet (1) :

« Le premier (mode d'éruption), dont nous avons déjà présenté un « spécimen dans notre quatrième observation, est caractérisé par « l'apparition de *vésicules*, limpides et transparentes, dont les « dimensions peuvent atteindre celles d'une belle lentille. Ces vési- « cules sont aplaties, sans auréole rouge et siègent aux membres « particulièrement. Le liquide qui s'en échappe est tout à fait « fluide, presque aqueux. De ces vésicules le plus grand nombre « subissent la transformation verruqueuse. On voit alors s'élever, à « la surface du derme, une petite tumeur qui augmente de volume « proportionnellement à la diminution de la vésicule, et jusqu'à ce « que celle-ci ait disparu en totalité, laissant l'épiderme se déta- « cher à son tour et s'éliminer tout à fait.

« Le second mode d'éruption, moins rare que le précédent, est le « mode *pustuleux*. Il est caractérisé par l'apparition de petites pus- « tules, grosses comme une tête d'épingle ou un peu plus. Ces petites « pustules renferment une matière qui, par ses caractères macrosco- « piques et microscopiques, a toutes les apparences du pus. Autour « d'elles, il n'y a pas d'auréole rouge. Au bout de quatre ou cinq « jours, elles se transforment en véritables verrugas miliaires.

« Nous avons déjà vu que cette forme se rencontre au palais et « au voile du palais. »

b. **Globulome ou Verruga Mulaire.** — C'est celui qui naît dans l'épaisseur du derme ou dans l'hypoderme; il constitue le degré superlatif du nodulome.

Les petits boutons qui le constituent au début augmentent en épaisseur et deviennent visibles à l'œil nu.

Lorsqu'ils sont arrivés à une certaine période de développement, dépendant de la région où siège la tumeur, la peau commence à subir les conséquences de la pression exercée par le globulome qui la pousse vers l'extérieur, et, mortifiée et détruite, elle laisse apparaître la tumeur qui ressemble au « gland dépassant l'anneau préputial », d'après la très heureuse comparaison faite par le professeur Odriozola (2).

(1) ODRIOZOLA. *Loc. cit.*
(2) ODRIOZOLA. *Loc. cit.*, p. 173.

Ici la verruga nodulaire peut subir des phénomènes d'apparente régression dépendant des actions mécaniques ou des invasions parasitaires qui proviennent du milieu extérieur.

Les frottements sur la surface rougeâtre du verrucome peuvent déterminer des hémorrhagies parfois très abondantes.

La pénétration de germes exogènes peut donner lieu à des phlegmasies franchement suppuratives, ou encore à des processus gangreneux soit par action directe, soit par endartérite oblitérante, qui tous accélèrent la régression du verrucome.

Nous ne considérons pas les éventualités précédentes comme des phases ou époques de régression du verrucome, mais seulement comme de simples accidents, susceptibles de se manifester tantôt à la période de régression, tantôt à celle de croissance, celle dont il s'agit maintenant.

Le volume que les globulomes peuvent atteindre ne dépasse presque jamais celui d'une orange et est plus couramment celui d'une noix.

Leur nombre est très variable, quelquefois on n'en voit qu'un seulement, parfois on en observe en quantité. Tantôt ils sont séparés par des distances de plus de 10 ou 15 centimètres, tantôt ils sont très rapprochés les uns des autres.

Leur couleur est celle de la peau normale, ou bien elle est pâle, rougeâtre ou bleuâtre, selon le degré d'évolution de la tumeur. Quand la peau est détruite, la coloration devient rougeâtre, violacée, noirâtre ou gris jaunâtre, selon qu'il y a ou non ulcération, hémorrhagie ou gangrène intercurrentes.

La consistance est moins dure que celle du fibrome et plus ferme que celle du myxome, en rapport avec la prédominance de tel ou tel des éléments constitutifs (tissu embryonnaire ou vaisseaux).

Première variété, nodulaire ou nodulome. — La description que nous venons de faire du globulome à son début nous épargne des répétitions, car le nodulome n'est que la verruga mulaire arrêtée à son état d'adolescence pour entrer en régression.

On y remarque seulement le néoplasme circonscrit, rond ou ovalaire, mobile ou adhérent à la peau, et surtout on n'observe pas les phénomènes de destruction cutanée qui caractérisent le globulome.

Le début est le même pour tous deux, et pendant leur période de croissance, on ne peut pas affirmer leur mode d'évolution ultérieure, c'est-à-dire, s'ils deviendront des globulomes ou s'ils resteront des verrugas nodulaires.

2. *Période de régression.*

a. **Granulome ou Verruga miliaire typique.** — Quand le gra-

nulome a rempli sa mission défensive, il subit la *régression normale* que voici : la petite tumeur commence à se flétrir, à pâlir et de petites squames se détachent surtout de sa partie la plus culminante. Peu à peu son volume se réduit, les dernières lamelles épidermiques tombent, la petite tache cutanée des plus grands granulomes disparaît et tout marche vers le plus parfait retour à la normale.

Mais ce n'est pas le seul cas que l'on observe. Ainsi, nous voyons parfois le granulome présenter des hémorrhagies abondantes, des gangrènes partielles ou totales, des suintements qui, en se concrétant, se transforment en croûtes plus ou moins consistantes ou enfin des suppurations intercurrentes, tous phénomènes indépendants du processus verruqueux vrai et simple et qui hâtent ou entravent l'évolution de la petite tumeur. C'est là la régression anormale (1).

Il est curieux d'observer quelquefois, surtout dans les verrugas miliaires de la plante du pied, la disposition que voici : un point noir au centre et tout autour une couronne blanchâtre et épaissie d'épiderme ramolli. On dirait, à un examen superficiel, qu'il s'agit d'une femelle de *pulex penetrans*, enfoncée dans la peau, mais en retirant le petit corps noirâtre on voit qu'il n'est constitué que par un caillot ancien, ayant pris la forme d'une lentille (2).

Il arrive parfois qu'une éruption de verrucomes miliaires se transforme en éruption cornée lorsqu'elle parvient à sa phase régressive, et alors ils tombent comme de petites croûtes dures, s'ils sont discrets, ou comme des croûtes plus grandes ou plutôt comme des lambeaux parcheminés s'ils sont confluents, comme on put l'observer dans un cas qui se présenta dans le service du Dr Sanchez Concha à l'hôpital (th. Tamayo) de Lima et que mon cher ami le Dr Vidal, interne du service à cette époque, a bien voulu me communiquer. L'éruption s'était cantonnée de préférence aux pieds et à la partie supérieure des jambes, et le manque de séparation des verrucomes entre eux était si remarquable, que le malade avait l'air d'être pourvu de « bottes verruqueuses parcheminées », d'après l'expression de mon ami Vidal.

Première variété, cornée. — La verruga cornée est plus susceptible que la précédente de subir la régression normale. Et cela s'explique par sa pauvreté vasculaire relative et par l'épaisseur de son revêtement épidermique qui lui constitue une sorte de cuirasse protectrice à l'égard des forces mécaniques destructives du milieu qui l'entoure.

(1) E. Escomel. *Thèse de Lima*, 1901.
(2) E. Escomel. *Loc. cit.*

Il n'est donc pas fréquent de constater sur elle ni les hémorrhagies, ni les suppurations, ni les gangrènes du granulome, ce qui constitue encore une preuve de plus, en faveur de l'étiologie accidentelle de ces épiphénomènes dans la période régressive du verrucome de Carrion.

Les autres variétés de granulome, c'est-à-dire les variétés sudamineuse, vésiculeuse et pustuleuse, ne présentent plus à cette époque leurs caractères distinctifs, elles sont devenues des granulomes typiques et leur régression se confond avec celle de ceux-ci.

b. **Globulome ou Verruga nodulaire.**— La *régression normale* s'observe rarement dans le globulome. Le développement seul de la tumeur ulcère la peau, ouvre de larges portes au microphytisme externe et donne lieu à la *régression anormale.*

Dans quelques-uns de ces globulomes il y a un rétrécissement du pédicule qui aboutit à la mortification en masse et la chute en totalité. Cette chute entraîne la formation d'une petite plaie de bonne nature qui ne tardera pas à se cicatriser.

Première variété, nodulaire ou nodulome.— Cette variété représente le type de la *régression normale.* Les nodulomes, bien enveloppés qu'ils sont par une peau épaisse, commencent à se réduire aussitôt que leurs éléments constitutifs sont parvenus à annihiler les parasites qui avaient provoqué leur réunion, et cette diminution de volume, qui peut aller jusqu'à la disparition totale, constitue la caractéristique clinique la plus remarquable des nodulomes.

IV. — Localisation.

Tous les organes qui renferment du tissu conjonctif sont capables de servir de champ de développement à la verruga, bien que le plus souvent celle-ci s'observe sur des terrains d'élection, parmi lesquels sont en première ligne le derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Toute une série d'observations cliniques a mis au jour cette assertion de l'anatomie pathologique, et l'on a constaté des tumeurs occupant les méninges, la conjonctive, la muqueuse naso-pharyngienne, la muqueuse du tube intestinal, le larynx, les bronches, les plèvres, les muscles, la rate, le foie, le pancréas, etc.

V. — Caractères micrographiques.

L'étude microscopique du verrucome comporte les mêmes phases évolutives que l'étude macroscopique, c'est-à-dire : la période de *croissance* et la période de *régression.*

1. *Période de croissance.*

a. **Granulome ou Verruga miliaire typique.** *Structure.*— Peu après le début du processus néoformatif, on constate que la verruga

est constituée par un amas de cellules conjonctives embryonnaires, quelques leucocytes occupent en outre les espaces accessibles à leur amiboïdisme et un réseau conjonctif intercellulaire, le tout se trouvant parfois semé des bacilles représentés dans la figure 11.

Cellules verruqueuses. — Malgré qu'il soit certain que rien ne justifie la dénomination de verruqueuses, car nous n'avons constaté aucune différence entre ces cellules et les cellules conjonctives réactionnelles ou réparatrices, nous continuerons cependant à les dénommer ainsi, non seulement pour la commodité de la description, mais parce qu'elles sont étudiées dans le verrucome de Carrion.

Elles se composent d'un corps protoplasmique, d'un noyau et d'un nucléole, en tout pareils à ceux des cellules conjonctives. Nous n'y insisterons pas.

Les cellules sont disposées en groupes ou isolées les unes des autres par les faisceaux de la trame verruqueuse. Il n'y a pas de zones de caséification.

Les deux procédés de mitose peuvent être observés dans les cellules verruqueuses, avec prédominance de la division directe, surtout à la périphérie de la tumeur.

Leucocytes. — Les corpuscules blancs sont en petit nombre par rapport à l'abondance des cellules verruqueuses.

Réseau ou trame verruqueuse. — De la couche de tissu conjonctif (fig. 14-2) qui par suite du développement du verrucome, est située entre lui et l'épiderme, se dégagent obliquement ou perpendiculairement deux sortes de faisceaux qui s'engagent dans la tumeur de Carrion. Les uns plus gros, dans lesquels on voit nettement la transformation de la nuance bleue en verte (1) et que limitent les plus

(1) La coloration de la fig. 9, et que d'abord nous conseillons à cause de sa netteté, a été obtenue en apportant une modification légère aux procédés de triple coloration préconisés par Ramon y Cajal et Tamayo. Ramon y Cajal décrit ainsi son *modus operandi* :

1° Les coupes sont plongées pendant cinq à dix minutes dans une solution saturée ou très concentrée de rouge Magenta (fuchsne rouge ordinaire).

2° Lavage rapide dans l'eau pour entraîner l'excès de couleur.

3° Cinq à dix minutes de coloration dans la solution que voici : eau saturée d'acide picrique 100 ; indigo-carmin 0,25.

4° Lavage rapide dans l'eau acidifiée (dans un vase en porcelaine rempli d'eau, on verse 2 ou 3 gouttes d'acide acétique) additionnée de quelques cristaux d'acide picrique.

5° Décoloration dans l'alcool absolu, jusqu'à ce que les coupes soient dégagées de l'excès de Magenta, ce qui sera reconnu par la couleur violette acquise par celles-ci.

6° Éclaircissement au xylol ou bergamote.

7° Montage au baume dissous dans le xylol.

Tamayo a modifié la première partie de l'opération, en faisant remarquer, avec assez de justesse, que la solution saturée de Magenta détermine des précipita-

larges mailles (fig. 14-4), logeant à leur intérieur cinq, six cellules ou davantage, les autres plus grêles, paraissant plutôt provenir des premiers, limitent (fig. 3-15) dans l'intérieur de grandes mailles, les bords ou les parois de chaque cellule verruqueuse.

Nous appellerons ceux-ci *tout petits faisceaux ou faisceaux primitifs* (manojillos) ; ceux-là *petits faisceaux ou faisceaux secondaires* (manojitos) et les plus gros trousseaux qui séparent un lobule verruqueux de son voisin, *faisceaux tertiaires*.

Les faisceaux adultes préexistants se continuent sans interruption avec ceux qui forment la trame du verrucome.

Les mailles se mettent en rapport avec leurs voisines, s'anastomosent intimement, se compliquent de diverses façons et constituent par leur réunion la *trame réticulaire ou fasciculaire* du granulome de Carrion.

Texture. — Le granulome naissant (fig. 1), étudié avec des grossissements capables de le comprendre tout entier dans le champ du microscope, se présente comme une petite agglomération de points noirs, qui ne sont que les noyaux des cellules qui le constituent.

Sa forme est plus ou moins arrondie ou ovalaire. Il siège au derme à une plus ou moins grande distance de l'épiderme. Il est entouré en totalité par une couche de tissu conjonctif adulte (fig. 3-4) dont les faisceaux sont en quelque sorte serrés par la pression exercée par la tumeur au fur et à mesure de son développement.

Avec ces grossissements il est encore possible de lui assigner à peu près des limites, mais avec un grossissement de 1250 diamètres, on constate qu'il n'est limité par aucune membrane basale isolatrice.

L'épiderme est repoussé, il affecte une disposition voûtée ayant subi à peine les influences mécaniques d'une pression modérée,

tions qui ne disparaissent que grâce à une longue immersion dans l'alcool, laquelle peut aboutir à la décoloration des noyaux. Il emploie le Ziehl qui colorant d'abord les noyaux en rouge, teinte aussi les bactéries, mais malheureusement, il nous est fréquemment arrivé qu'au moment de faire la cinquième opération, d'après le procédé de Tamayo, l'alcool enlève la couleur des noyaux.

Pour parer à ces inconvénients, voici comment nous proposons de modifier la première partie de la technique.

1° Les coupes sont plongées pendant 8 à 24 heures dans le carmin de Grenacher, etc.

L'avantage qui en résulte est que tous les noyaux sont énergiquement colorés (rouge vif ou rouge grisâtre), ils n'éprouvent pas la moindre altération, quelque long que soit leur séjour dans l'alcool absolu, et les préparations, une fois lutées à la paraffine, se conservent indéfiniment. Il n'y a pas de précipitations qui puissent induire en erreur.

Le tissu conjonctif adulte se colore en bleu verdâtre, la trame verruqueuse en vert clair ou vert feuille morte, le corps de Malpighi en rougeâtre, la couche cornée de l'épiderme en jaune, de même que la partie kératinisée des cheveux.

n'offrant presque pas de modification structurale, si ce n'est l'adaptation des noyaux des cellules à ce nouveau *modus vivendi.*

La base du néoplasme est parfaitement séparée de tous les autres organes de la peau par des faisceaux de tissu collagène, plus ou moins infiltré. Les vaisseaux sanguins de la peau (fig. 13-2) en restent à une certaine distance. Leurs parois sont infiltrées dans une étendue variable, par des éléments embryonnaires, des leucocytes et des mastzellen d'Ehrlich. Et cette infiltration est constatée non seulement dans le voisinage du verrucome, mais encore dans des parties assez éloignées.

On voit couramment le granulome naissant être unique, indépenpendant, bien isolé et rapidement reconnaissable, mais quelquefois il y a deux, trois bourgeons ou plus par lesquels le granulome débute.

D'après ce qui précède, on voit que le granulome naissant manque de certains éléments qui ont un grand rôle dans le granulome adulte, je veux parler des vaisseaux sanguins.

Le granulome qui commence ne renferme pas non plus de cellules d'Ehrlich, celles-ci apparaissent ultérieurement avec le développement vasculaire.

Granulome adulte. *Structure.* — Le granulôme, à l'état adulte, se compose des mêmes éléments qu'au début de son développement; des vaisseaux néoformés s'y ajoutent et modifient la disposition générale du granulome.

Il y a deux espèces de vaisseaux, ceux de gros calibre, *artérioles ou veinules* qui parcourent en général les faisceaux tertiaires, et les *capillaires* qui marchent au sein même du tissu verruqueux (fig. 7-14).

On constate généralement que les faisceaux connectifs qui entourent un vaisseau de grandeur moyenne, se continuent avec les faisceaux du réseau du verrucome.

Les capillaires naissent par le mécanisme courant.

C'est ici que nous avons trouvé les mastzellen d'Ehrlich; il existe un rapport remarquable entre leur nombre et la vascularisation du granulome de Carrion.

Nous avons cherché avec intérêt les cellules géantes polynucléaires que l'on décrit dans les phlegmasies prolifératives, et nous ne les avons pas trouvées.

Texture. — Dans une coupe perpendiculaire à la surface cutanée, on voit que le granulome est composé par une seule ou par plusieurs agglomérations cellulaires. Dans le premier cas il est *unilobulaire* (fig. 6), dans le second, *multilobulaire* (fig. 5).

Le granulome *unilobulaire*, ovalaire ou arrondi, est limité au niveau de sa base d'implantation par le tissu conjonctif adulte du derme, sur ses côtés par les parties d'épiderme qui remplissent les espaces

interpapillaires, à sa surface par l'épiderme plus ou moins distendu (fig. 6-1), qu'il touche intimement, contrairement à la tumeur naissante qui s'en trouve plus ou moins séparée par une couche de tissu conjonctif adulte.

Sur une coupe parallèle à la surface de la peau, on voit le granulome entouré par les éléments de la peau et en rapport plus ou moins intime avec eux, selon son degré de développement.

Le granulome *multilobulaire* se définit de lui-même. Il contient plusieurs agglomérations cellulaires primitives, avec des faisceaux conjonctifs tertiaires interposés.

Tantôt nous les voyons au nombre de deux, séparés par un gros faisceau collagène, tantôt en plus grand nombre (fig. 9).

La fig. 9 montre l'arrangement bizzare des lobules. Disposés sans ordre, sans aucune symétrie, ils sont néanmoins entourés de tous côtés par le tissu dermique. Dans certains endroits, on constate l'existence de faisceaux tertiaires, arrachés ou mieux dissociés, dont les limites se perçoivent avec une certaine netteté.

La figure 5 montre cinq lobules parfaitement bien séparés, avec cette particularité que, en 6, elle permet de reconnaître le procédé par lequel deux lobules, d'indépendants qu'ils étaient, se confondent en un; et, en 7, la disparition de la couche connective sous-épidermique.

Quand la verruga a acquis un développement plus complet que celui que nous venons de décrire, ses rapports varient beaucoup plus, parce qu'alors elle tend à se substituer aux organes de la peau, et elle parvient à les faire même disparaître.

Première variété (cornée). — Elle réunit tous les éléments de la forme précédente, ce sont seulement leurs proportions relatives qui varient. Ainsi, les vaisseaux sont en plus petit nombre; l'épiderme prolifère abondamment, sans que les cellules kératinisées subissent aisément la desquamation furfuracée, de là son aspect corné.

Deuxième variété (sudamineuse) et troisième et quatrième variétés (vésiculeuse et pustuleuse du professeur Odriozola). — Il nous a été impossible de pratiquer une étude anatomo-pathologique sérieuse de ces variétés de verruga.

Nous pensons que ces processus, par cela même qu'ils sont superficiels et fugaces et ont tendance à céder leur place à la verruga typique qui surgit par leur base, ressemblent à ceux de la syphilis dans ses manifestations secondaires (syphilides papulo-pustuleuses).

Nous croyons que la colonie parasitaire verruqueuse, commençant à pousser tout près de l'épiderme, l'atteint de prime abord; elle modifie ses cellules, y cause des infiltrations, favorise l'immigration de leucocytes et, selon sa plus ou moins grande intensité d'action, aboutit à la vésicule ou à la pustule.

L'opinion que nous venons d'émettre n'est pas malheureusement appuyée sur une solide base de faits ; nous poursuivrons nonobstant ce but avec empressement.

b. **Globulome ou Verruga nodulaire.** — On doit en décrire aussi la structure et la texture.

Structure. — On ne peut étudier qu'avec une certaine difficulté une verruga nodulaire *normale*, si on me permet l'expression. Nous appellerons verruga nodulaire *normale*, celle dans laquelle les actions mécaniques ou chimiques du milieu n'influencent en rien le processus défensif organique, celle où il n'y a pas de germes étrangers.

Or, elle est constituée par des cellules verruqueuses, mastzellen d'Ehrlich, leucocytes, vaisseaux, trame collagène et tissu conjonctif fasciculé ou adipeux, dont nous avons déjà donné la description en détail, ce qui nous épargne les répétitions.

Au cours de cette évolution se produisent quelques complications : les lymphangites, les foyers leucocytaires sont sous la dépendance de l'arrivée de germes autres que le germe verrucogène ; les plaques d'hématies avec des endroits granuleux sont des foyers hémorrhagiques que l'on rencontre parfois parmi le tissu de prolifération ; les corpuscules à noyau bosselé, flétri, peu colorable, qui se trouvent parmi les plaques précédentes, sont des globules blancs morts et emprisonnés dans l'épanchement; les leucocytes vivaces de la périphérie du foyer hémorrhagique, à protoplasma farci de granulations ou de cristaux jaune-ocracés, sont des phagocytes travaillant activement à porter vers le courant sanguin les débris d'hématies ou les cristaux d'hématoïdine qui ne remplissent aucun rôle utile après leur extravasation.

Texture. — En examinant le globulome à un faible grossissement, il apparaît constitué par un grand nombre d'amas cellulaires, séparés les uns des autres par des filons de fascicules qui renferment les vaisseaux sanguins.

Nous ne trouvons pas une loi de symétrie qui régisse ce dispositif, les divers amas cellulaires n'affectant aucun rapport entre eux ; à côté d'un petit lobule on en constate un autre quatre ou cinq fois plus volumineux.

Parfois ces lobules sont nettement limités, d'autres fois ils s'effacent insensiblement sur leurs limites, d'où la difficulté de les isoler.

Leur forme est aussi très variable et toujours en rapport avec les résistances offertes par le terrain où ils se développent.

Les faisceaux de tissu conjonctif adulte parcourent le champ de la préparation à la manière d'un grand réseau anastomotique qui borde de larges espaces remplis par les macrophages ; disposition appréciable même à l'œil nu ou avec une loupe faiblement grossissante.

Les espaces interlobulaires peuvent être comblés même par le tissu adipeux et quelquefois on y voit des glandes sudoripares englobées par la tumeur.

Deuxième variété nodulaire ou nodulome. — C'est la même lésion que la précédente, mais n'arrivant qu'à l'adolescence, comme nous l'avons cliniquement dit, avec le même commencement, la même évolution, le même siège, avec cette différence qu'elle ne détermine pas les altérations de la peau qui sont presque la caractéristique de la verruga nodulaire.

Structure. — Elle est celle du globulome normal.

La figure 4 représente un nodulome incipient. Nous avons là le groupe cellulaire centrale sous-dermique, borné à sa partie supérieure par un faisceau de tissu conjonctif adulte (fig. 4-2) qui l'isole parfaitement du peloton d'une glande sudoripare.

A la partie inférieure (fig. 4-5) on aperçoit la défense que le tissu cellulo-adipeux fournit contre l'éruption de Carrion; les principes mitosigènes sécrétés par la colonie parasitaire endonodulaire parviennent jusqu'aux cellules adipeuses, qui se transforment en macrophages pour se joindre à celles qui s'avancent du nodulome.

A côté du nodulome on voit une faible quantité de tissu adipeux.

2. *Période de régression.*

a. **Granulome ou Verruga miliaire typique.** — Nous étudierons d'abord ce que nous avons cliniquement appelé la *régression normale*, par opposition avec la *régression anormale*, dont nous parlerons ensuite.

Texture. — A un faible grossissement, un granulome unilobulaire qui régresse est d'abord intégralement entouré par l'épiderme (fig. 10-1). Cet épiderme contient un grand nombre de couches kératinisées, plus ou moins fendues ou éloignées les unes des autres, ridées ou irrégulières, qui marquent la desquamation furfuracée de cette époque.

L'aire de ce cercle est comblée par le granulome des Andes, mais pas d'une façon uniforme. On constate des irrégularités de coloration en rapport avec le plus ou moins grand entassement des cellules.

Il y a des endroits plus foncés (fig. 10-3) dans lesquels on voit les noyaux très rapprochés les uns des autres; ce sont les endroits les plus nombreux et ils se trouvent de préférence à la périphérie de la tumeur; par contre, il y en a d'autres plus clairs (fig. 10-4) dans lesquels les points pâles, représentant les noyaux, sont très espacés.

Ceux-ci sont les zones de régression. Elles n'occupent pas tou-

jours le centre et nous les avons vues aussi affectant une disposition irrégulière, et même confinant à la couche épidermique de la périphérie (fig. 12-4).

Çà et là se voient très nettement les vaisseaux sanguins.

Structure. — Nous étudierons premièrement les endroits *obscurs* qui ne sont pas encore en régression, pour nous occuper ensuite des parties *claires* ou zones régressives.

Zones obscures. — Elles se composent de cellules, réseau et vaisseaux en tout pareils à ceux du verrucome miliaire normal, avec les seules différences dépendant de la période évolutive à laquelle elles sont arrivées. C'est ainsi que les cellules le plus abondantes sont celles à protoplasma arrondi ou *apolaires* à noyau bien coloré renfermant rarement de nucléole et presque jamais en voie de mitose. On y retrouve de même les cellules fusiformes *bipolaires* et *multipolaires*, mais en plus petit nombre. La série est complétée par des cellules à noyau géant extrêmement pâle n'ayant pas de nucléole et par quelques rares leucocytes migrateurs.

Le réseau intercellulaire se trouve, dans la majorité des cas, parfaitement bien caractérisé. Ses faisceaux sont fins, délicats, bornant seulement de petites mailles qui renferment presque toujours une cellule unique.

Les vaisseaux sont artériels, veineux et capillaires. Les premiers ont l'endothélium limitant leur lumière parfaitement net, et sans traces de lésion (fig. 10-5). Parfois il se présente tuméfié, globuleux, granuleux ou détaché.

La plupart des capillaires marchent dans le sein même du granulome (fig. 12-5); l'endothélium adossé aux cellules verruqueuses montre, de place en place, quelque cellule endothéliale tombée. Parfois on aperçoit cette cellule présentant des signes de dégénérescence.

Parties claires ou zones de régression (fig. 12-4). — Les éléments sont moins nombreux et profondément altérés. Les cellules arrondies, à bords nets, sont assez rares. Le protoplasma se montre tantôt granuleux, tantôt fragmenté, tantôt c'est seulement sa périphérie qui est frangée, comme si c'était en ce point que le mouvement de destruction élémentaire prend naissance, pour arriver jusqu'au noyau.

Celui-ci est rarement nucléolé, mais présente par contre des caractères intenses de désintégration. Il renferme quelquefois des globules hyalins, d'autres fois il est extrêmement décoloré, ou bien il est tout à fait irrégulier, granuleux et presque méconnaissable. Les autres cellules montrent aussi des lésions ressemblant à celles que nous venons de décrire.

Ce qui nous a frappé, c'est la rareté relative des leucocytes, que

nous n'avons pas trouvés en proportion plus grande que dans le granulome progressif.

Le réseau collagène va en perdant sa netteté à mesure que l'on marche de la périphérie au centre de la zone de régression. Les faisceaux deviennent de plus en plus grêles, et, à la partie centrale où la rareté des cellules laisse la trame presque à nu, on voit quelques faisceaux extrêmement grêles, d'autres arrachés, d'autres seulement marqués par un chapelet de points irréguliers ou de plus en plus petits, ce qui prouve que le réseau subit aussi dans un certain degré l'action du processus régressif, non pas en totalité, mais au moins en partie, comme nous l'avons nettement observé.

Aux alentours de ces aires régressives et même à leur centre nous avons vu des capillaires presque sains (fig. 12-5). On ne voit pas d'oblitération vasculaire prématurée des zones centrales comme dans le granulome de Koch.

D'autre part, on constate assez fréquemment la régression anormale dans laquelle les processus intercurrents jouent parfois un rôle prédominant.

Les déchirures et érosions qui résultent des actions mécaniques du milieu externe amènent des ruptures de vaisseaux et la séparation de fragments plus ou moins gros de peau ou de tissu verruqueux, causes d'hémorrhagies et de mortifications, dont la quantité et la disposition varient à l'infini. C'est alors qu'on voit les lymphangites, les placards de fibrine et les amas de leucocytes que M. Letulle a si bien décrits.

Un autre mode de régression du granulome et qui n'est pas très fréquent, est celui qui consiste en ce qu'en même temps que le tissu verruqueux subit sa déchéance normale, l'épiderme prolifère abondamment, sans que l'on note la desquamation des cellules cornées, de telle façon que quand la verruga miliaire a déjà disparu, la carapace kératinisée se détache sous forme de lambeaux ou placards d'étendue variable.

b. **Globulome et nodulome de Carrion.** — La verruga nodulaire constitue un modèle de régression normale.

Les divers lobules qui la constituent entrent en régression franche, ils diminuent petit à petit de volume et les faisceaux de tissu adulte qui les bornent se rapprochent de plus en plus de façon à se rejoindre après résorption préalable du contenu lobulaire.

On y constate aussi les taches *claires* et les zones *obscures*, excentriques ou concentriques, telles que nous les avons décrites dans le granulome.

Quant au *globulome*, c'est surtout la régression *anormale* qui met fin à son existence.

VI. — Histogenèse et évolution.

Théorie cellulaire. — En suivant la description précédente et en examinant les planches annexées à ce mémoire, on remarque avec netteté toute la série des phases parcourues par le verrucome de Carrion dans son évolution comme mode de défense organique.

Ses caractères le placent parmi les *phlegmasies proliférantes*, et il ne peut pas, par conséquent, échapper aux lois normales de cette évolution.

Les parasites de la verruga se trouvent transportés dans le sang qui circule où ils sécrètent leurs toxines complexes.

Pour que le verrucome naisse, il est une condition indispensable, c'est la présence, dans un endroit déterminé, de parasites qui puissent pendant un certain temps lutter contre les actions sécréto-phagocytaires des éléments réactionnels (1).

Pour cela, le microbe verruqueux doit sortir des vaisseaux et se cantonner dans des points où il y a stagnation circulatoire.

Il est à remarquer que l'éruption à verrugas se fait avec plus d'intensité du côté de l'extension cutanée que du côté de la flexion. A quoi tient cette particularité?

Nous croyons qu'elle est due à ce que les vaisseaux sanguins du côté de l'extension s'allongent dans les mouvements du membre atteint, tandis que ceux de la flexion se plissent par suite du jeu des articulaions, de sorte que les cellules des premiers sont plus exposées à s'écarter et à faciliter la production de stomates que celles de la flexion (2).

Une fois que le parasite est fixé en un point il commence sa multiplication, en même temps qu'il sécrète ses produits variés parmi lesquels la substance mitosigène a une place prépondérante. On voit ainsi que les noyaux des cellules conjonctives les plus proches de la colonie parasitaire, se gonflent, deviennent globuleux, entrent en division, et au bout de peu de temps ils forment une agglomération cellulaire telle que le montrent les figures 1, 4 et 13.

Peu à peu le verrucome augmente de volume par suite de la prolifération active qui se produit surtout dans sa partie périphérique et résulte aussi de phénomènes de division centrale.

Comme les leucocytes sont essentiellement migrateurs, on les rencontre çà et là parmi les véritables éléments verruqueux.

Le réseau du verrucome n'est pas néoformé. — Il est, comme nous l'avons dit, le résultat de la dissociation des faisceaux conjonctifs préexistants par les éléments verruqueux envahisseurs.

(1) Escomel. *Anatomie pathologique du verrucome de Carrion.* Thèse de Lima, 1901.

(2) Escomel. *Loc. cit.*

Il suffit de jeter les yeux sur la figure 4-4 pour se convaincre de la vérité de notre démonstration sur la trame du verrucome du Pérou. Avec un si faible grossissement et à la partie centrale du nodulome on ne décèle pas l'existence du réticulum, mais à l'endroit indiqué celui-ci est si apparent, que le verrucome dénote jusqu'à l'évidence son mode de formation et de développement.

Cette photographie est plus démonstrative et éloquente que toute description que nous pourrions en faire.

Au bout d'un certain temps, variable pour chaque espèce de verruga, le concours d'un grand afflux sanguin devient nécessaire. C'est alors que les vaisseaux percent le verrucome (fig. 6-3) suivant le mécanisme décrit à la partie anatomique, formant ainsi une individualité dont la caractéristique est la *grande vascularisation*, qui seule suffirait pour le séparer de tous les autres granulomes infectieux qui sont beaucoup moins vasculaires qu'elle.

Le *globulome* et le *nodulome* demeurent dans les parties profondes du derme ou en plein tissu sous-cutané.

C'est le *granulome* qui se développe parce que la partie atteinte se trouve dans les meilleures conditions pour rejeter le parasite et neutraliser ses sécrétions avec un petit nombre d'unités défensives. Peut-être faut-il accorder une certaine influence à la quantité de vaisseaux, à la proximité de l'air extérieur, de la lumière, aux excitations traumatiques plus fortes (frottements, frôlements, coups ambiants) qui peuvent causer la production d'un nombre de cellules réactionnaires plus grand que celui que nécessite la destruction du principe microbien.

Le *globulome* semble plutôt sous la dépendance de la paresse de l'énergie microbicide organique et il est remarquable de le rencontrer régulièrement, éloigné de l'air extérieur et de la lumière, confiné dans les profondeurs de la peau, là où l'influence des traumatismes s'atténue à travers les téguments.

Une fois que le verrucome est parvenu à dominer intégralement la colonie parasitaire, il tombe en régression, pour disparaître tout à fait, ou bien pour laisser des traces cicatricielles de son passage s'il a été infecté par des agents étrangers. *Ses unités embryonnaires n'arrivent jamais à l'état de tissu adulte, elles ne constitueront jamais du vrai tissu fibreux.* C'est une *phlegmasie* et non une *tumeur* dans le sens anatomique du mot. Sa vie est fugace, transitoire et non permanente comme celle de cette dernière.

Son agent générateur n'est point pyogène.

La régression du verrucome ne se réalise pas en bloc, en grandes masses, comme cela arrive pour le granulome de Koch par exemple, mais peu à peu, en détail; et en même temps qu'un certain nombre de cellules subissent les phénomènes de nécrobiose, leurs particules

rentrent dans l'appareil circulatoire par des mécanismes divers.

Il y a des zones claires et des zones obscures qui montrent le processus parvenu à un degré plus ou moins avancé d'évolution; mais les unes et les autres sont parsemées d'éléments cellulaires, plus ou moins actifs d'abord, mais qui ne tarderont pas à succomber à leur tour.

Nous avons été très surpris, en étudiant les zones frappées de mort cellulaire, de trouver très peu de leucocytes, malgré le nombre de vaisseaux sanguins qui s'y trouvaient. Nous nous occupons du reste de la régression normale.

Les cellules dégénérées affectant tantôt la forme globuleuse, tantôt celle de grains irréguliers, tantôt celle de franges périphériques, qui conduisent à penser à un phénomène de dissolution dans le plasma qui les baignait, sont emportées vers le torrent circulatoire par les leucocytes qui emprisonnent ces particules. Mais ces leucocytes étaient rares dans nos coupes, tandis que les vaisseaux avaient d'ailleurs une belle lumière et que les tissus environnants étaient très imbibés de plasma. Çà et là nous constations l'existence de cellules à noyau et dont le protoplasme, colorable au voisinage du noyau, s'effaçait irrégulièrement et insensiblement vers la périphérie.

Tout cela signifie que le mode de résorption par les globules amiboïdes n'est pas le seul que la nature emploie pour faire disparaître les parties devenues inutiles du verrucome : ces parties, dissoutes dans les courants liquides ou chassées par eux, peuvent rentrer dans le sang qui circule par ces ouvertures capillaires, résultant des desquamations endothéliales produites par le défaut de nutrition.

Au fur et à mesure de la marche du phénomène, le verrucome diminue de volume jusqu'à sa complète disparition, par les procédés énoncés : *nécrobiose cellulaire, phagocytose et résorption plasmatique*.

Quelques parties de la trame verruqueuse subissent les phénomènes assignés aux cellules ; mais ordinairement, au fur et à mesure que celles-ci disparaissent, les faisceaux se rapprochent les uns des autres et reviennent à leur état primitif, par un procédé tout opposé à celui qui produit la dissociation fasciculaire.

Parmi les éléments constituant le verrucome, ceux qui résistent le plus sont les vaisseaux, ce qui tient à ce qu'ils forment les voies par lesquelles la tumeur doit régresser ; mais, quand les tissus préexistants qui étaient distendus reviennent à leur volume primitif, ils font subir à certains vaisseaux une pression rétractionnelle qui les oblitère, et une fois que ceux-ci sont mortifiés, ils sont à leur tour résorbés.

Quand la peau se ride pour revenir sur elle-même, il y a une abondante kératinisation épidermique, la nature se défend contre

ce dernier phénomène par une démangeaison post-éruptive, qui engage le malade à se gratter et à hâter la desquamation.

Nous avons déjà fait remarquer qu'une démangeaison prééruptive était favorable à la poussée de verrugas.

VII. — Microphytes observés.

Nous devons d'abord avouer que, quand nous entreprîmes l'étude anatomo-pathologique du verrucome de Carrion, nous n'avions pas l'intention de faire de recherches bactériologiques sur son germe producteur.

Si nous avons représenté la figure 11 dans laquelle on voit un certain nombre de bacilles, c'est parce qu'ils se sont mis sous nos yeux dans la préparation microscopique.

C'est pourquoi nous n'entrerons pas dans de grands détails et nous ne ferons que mentionner MM. les Drs llórez, Odriozola, Matto, Tamayo, Hercelles et Barton comme étant les plus tenaces lutteurs qui s'efforcent de tirer de l'obscurité le secret entourant encore l'étiologie de la maladie qui en menant Carrion au tombeau le conduisit à l'immortalité.

Une commission de la Faculté de médecine de Lima s'occupe actuellement de contrôler les caractères de spécificité accordés par M. Barton à son bacille.

C'est dans la coupe dont la photographie est reproduite dans la fig. 4 que nous les avons vus avec une singulière netteté.

Au centre du nodulome naissant, il y a un certain nombre de bacilles longs, grêles, droits, dans lesquels nous avons cru voir des intersections protoplasmiques.

Du centre vers la périphérie, ils deviennent de moins en moins nombreux, et tout à fait aux bords il n'en reste aucun. Ils sont tantôt isolés, tantôt réunis en groupes de 2, 3, 4 ou plus.

A la partie inférieure de la figure 11 on voit un couple dans l'angle.

La grandeur est variable : il y en a de petits à côté ou au voisinage d'autres plus grands ou même d'une longueur double.

Nous les avons toujours remarqués à une distance variable des noyaux cellulaires.

Sont-ce les parasites générateurs de la verruga? Nous ne pouvons pas l'affirmer, quoique nous ayons pour nous prononcer dans un sens au moins favorable plusieurs raisons que voici :

1° Le parasite s'est trouvé à l'intérieur du tissu verruqueux.

2° Il est renfermé dans un *nodulome naissant*, et par conséquent à l'abri de toute contamination exogène. La peau n'est pas ulcérée et l'épithélium cutané se trouve à une grande distance de la tumeur.

3° Il est abondant au centre et diminue vers la périphérie, ce qui

est absolument d'accord avec la théorie cellulaire de l'histogenèse du verrucome.

4° Si c'était un parasite différent du parasiteverrucogène, il aurait entraîné des modifications dans la structure du verrucome. Or, nous n'en avons pas constaté.

5° Étant donné un nodulome, parfaitement *normal*, si on nous permet de l'appeler ainsi, et un certain nombre de parasites en rapport avec son développement, ce sont évidemment ceux-ci qui ont causé la poussée de celui-là.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche IV.

Fig. 1. — *Granulome naissant.*

1. Couche cornée de l'épiderme. — 2. Corps muqueux de Malpighi. — 3. Granulome naissant ne contenant aucun vaisseau (artériole ou veinule). — 4. Mailles ou nids dans lesquels sont logées les cellules verruqueuses. — 5. Tissu conjonctif fasciculaire qui sépare l'épiderme du tissu verruqueux. — 6. Tissu isolant la base du verrucome.

Fig. 2. — *Granulome naissant.* — (Oculaire à projn 4. — Tirage 0 m. 31. Obj. immersion 1/30 apochr.)

1. Couche cornée de l'épiderme. — 2. Corps muqueux de Malpighi. — 3. Couche de tissu conjonctif fasciculaire qui entoure le verrucome. — 4. Nids dans lesquels sont logées les cellules verruqueuses. — 5. Tissu verruqueux. — Pas de vaisseau (artériole ou veinule).

Planche V.

Fig. 3. — *Granulome naissant.* — (Chambre claire Leitz. Obj. immersion 1/12.)

1. Couche génératrice de l'épiderme. — 2. Corps muqueux de Malpighi. — 3. Croissants clairs autour de certains noyaux. — 4. Tissu conjonctif fasciculaire séparant l'épiderme du tissu verruqueux. — 5. Cellule verruqueuse. — 6. Cellule verruqueuse dont le réseau nucléaire est rare et sans nucléole. — 7. Cellule verruqueuse en croissant. — 8. Cellule verruqueuse à noyau ovalaire et avec deux nucléoles. — 9. Cellule verruqueuse dont le noyau s'étrangle pour se diviser. — 10. Cellule verruqueuse dont la division est plus avancée. — 11. Cellule verruqueuse dont la division est achevée. — 12. Cellule conjonctive adulte. — 13. Leucocyte polynucléaire. — 14. Nids où sont logées les cellules du verrucome. — 15. Tissu conjonctif réticulé intra-lobulaire ou intercellulaire.

Fig. 4. — *Nodulome incipient.* — (Oc. à projn 4. Obj. 8. — Tirage 0 m. 31. — Le nodulome est au centre de la figure.)

1. Glandes sudoripares. — 2. Tissu conjonctif adulte refoulé par le développement du nodulome. — 3. Tissu cellulo-adipeux. — 4. Faisceaux conjonctifs dissociés par le développement progressif du verrucome. — 5. Tissu cellulo-adipeux qui commence à s'infiltrer d'éléments embryonnaires.

Planche VI.

Fig. 5. — *Granulome multilobulaire.* — (Chambre claire Leitz. Obj 4.)

1. Épiderme. — 2. Derme. — 3. Lobules du verrucome. — 4. Vaisseau sanguin.

— 5. Tissu conjonctif fasciculaire interlobulaire. — 6. Tissu envahi par les éléments embryonnaires. — 7. Tissu qui sépare le lobule de l'épiderme. — 8. Muscle lisse de la peau.

Fig. 6. — *Granulome unilobulaire.* — Oc. à proj. 4. Obj. 8. — Tirage 0 m. 31.

1. Épiderme. — 2. Verrucome. — 3. Vaisseau verruqueux. — 4. Vaisseau sanguin du derme. — 5. Derme.

Planche VII.

Fig. 7. — *Verrucome unilobulaire.* — (Oc. proj^{n} 4. Obj. immers. 130 apochr. — Tirage 0 m. 51.)

1. Cellule verruqueuse dont le noyau est ovalaire. — 2. Cellule verruqueuse dont le noyau est arrondi. — 3. Cellule verruqueuse dont le noyau est allongé. — 4. Cellule verruqueuse dont le noyau est en massue. — 5. Cellule verruqueuse dont le noyau est en croissant. — 6. Cellule verruqueuse dont le noyau est en fuseau. — 7. Cellule verruqueuse dont le noyau est en faucille. — 8. Cellule verruqueuse dont le noyau est en voie de segmentation. — 9. Cellule verruqueuse dont le noyau est totalement segmenté. — 10. Leucocyte renfermé dans un petit vaisseau capillaire. — 11. Leucocyte en migration parmi les mailles du réseau conjonctif verruqueux. — 12. Cellule conjonctive adulte. — 13. Réseau du verrucome. — 14. Vaisseau capillaire.

Fig. 8. — *Tissu granulomateux.* — (Oc. à proj^{n} 4. Obj. immers. 130 apochr. — Tirage 1 m. 10.)

1. Cellule avec un noyau très chargé de chromatine. — 2. Cellule avec un grand noyau peu colorable. — 3. Cellule avec un noyau sans nucléole. — 4. Cellule avec un noyau en voie de segmentation. — 5. Cellule avec un noyau en voie de segmentation plus avancée. — 6. Leucocyte. — 7. Squelette conjonctif d'aspect fasciculé. — 8. Squelette conjonctif d'aspect réticulé.

Planche VIII.

Fig. 9. — *Granulome.* — (Chambre claire Leitz. Obj. 2).

1. Épiderme. — 2. Tissu conjonctif adulte qui entoure le verrucome, excepté à l'endroit. — 3-4. Tissu verruqueux. — 5. Partie de tissu conjonctif fasciculaire dissocié par le verrucome. — 6. Glande sudoripare. — 7. Poil.

Fig. 10. — (Oc. à proj^{n} 4. Obj. 8. — Tirage 0 m. 25.)

1. Couche cornée épidermique d'une grande épaisseur. — 2. Corps muqueux de Malpighi. — 3. Zone obscure non régressive. — 4. Zone claire en pleine régression. — 5. Vaisseaux sanguins sans altérations apparentes.

Planche IX.

Fig. 11. — *Nodulome naissant.* — (Chambre claire Leitz. Obj. immersion 1/12.)

On voit dans la préparation : Des cellules verruqueuses. — Trame du verrucome. — Un certain nombre de bacilles.

Fig. 12. — *Verrucome en régression normale.* — (Oc. à proj^{n} 4. Obj. 130 apochr. — Tirage 0 m. 41.)

1. Couche cornée de l'épiderme. — 2. Corps de Malpighi avec quelques cellules dégénérées. — 3. Zone obscure non régressive. — 4. Zone claire en régression. — 5. Capillaire renfermé dans le tissu régressif.

Planche X.

Fig. 13. — *Granulome naissant.* — (Oc. proj^{n} 4. Obj. 8. — Tirage 0 m. 31.)

1. Épiderme. — 2. Vaisseau dermique. — 3. Granulome unilobulaire. — 4. Derme. — 5. Muscle lisse de la peau.

Fig. 14. — *Trame du verrucome.* — (Chambre claire Leitz. Obj. immersion 1/12.)

1. Épiderme (couche génératrice). — 2. Couche de tissu conjonctif adulte qui entoure le granulome et qu se continue sans interruption avec. — 3. Trame du verrucome. — 4. Grande maille renfermant cinq espaces cellulaires. — 5. Petite maille à un seul espace cellulaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SARKOIDES DE BŒCK

Par MM. **H. Hallopeau** et **Eck.**

Cæsar Bœck a décrit sous le nom de *Sarkoïde multiple bénigne de la peau*, d'abord en 1899, dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, puis dans le *Jubile Schrift* de Kaposi, un état morbide qu'il considère comme un type clinique tout particulier et nettement caractérisé. Cet état est constitué par le développement symétrique, soit sur la plus grande partie de la surface du corps, soit seulement en certaines régions (particulièrement au visage et aux membres supérieurs), de nombreux nodules ou papules aboutissant plus ou moins lentement à la régression sous la forme, tantôt de simples macules, tantôt de cicatrices indélébiles ; l'histologie y démontre, comme altérations essentielles, des foyers de prolifération des cellules conjonctives épithélioïdes rapidement en voie de dégénération et aussi, moins fréquemment, la formation de cellules géantes.

La manière de voir de M. Bœck n'a guère rencontré jusqu'ici, dans la littérature médicale, que des contestations ; les auteurs qui ont mentionné ses observations les ont rattachées complètement à l'une des espèces morbides que Kaposi, dans les deux dernières éditions de ses Leçons de dermatologie, a désignées sous le nom de *Sarkoïdes* ; il en est ainsi de M. Fendt, dans un important mémoire qui a paru en 1900 dans l'*Archiv für Dermatologie*, et du rédacteur des *Monatshefte für praktische Dermatologie*.

Nous avons la conviction que c'est à tort et que, malgré d'évidentes analogies, le type décrit par Bœck doit être nettement séparé de ces autres sarkoïdes.

Nous avons été amenés à cette conviction par l'observation du malade que nous avons présenté le 6 novembre 1902 à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. La Société le connaissait déjà, car il y a fait antérieurement l'objet de deux communications, l'une, en 1900, de MM. Balzer et Alquier (1) qui inclinaient vers le diagnostic de tuberculides, l'autre, en 1901, de MM. Danlos et Blocq (2) qui concluaient en faveur de sarcomes ou d'un mycosis anormal ; c'est dans la discussion qui a suivi cette seconde présentation que M. Darier, se fondant exclusivement sur les caractères des

(1) Balzer et Alquier. Tuberculide multiforme très étendue. *Annales de Dermatologie*, 1900, p. 1171.

(2) Danlos et Blocq. Dermatose indéterminée, probablement sarcomatose ou mycosis. *Annales de Dermatologie*, 1901, p. 983.

préparations histologiques faites par M. Gastou, a déclaré qu'il s'agissait des mêmes productions que Bœck a dénommées sarkoïdes; ces caractères, en effet, étaient semblables à ceux qu'il avait constatés dans deux cas qu'il avait classés parmi les tuberculides nodulaires et signalés sous ce nom dans son rapport sur les tuberculides, communiqué en 1900 au Congrès international de dermatologie; Bœck lui avait dès lors déclaré que ces faits étaient de même nature que les siens.

L'étude des deux notes publiées sur ce malade, ainsi que les faits que nous avons vus depuis se dérouler sous nos yeux, ne permettent pas de douter que l'opinion exprimée par M. Darier au sujet de ce malade ne soit l'expression de la vérité; c'est bien au type décrit par Bœck que nous avons affaire.

Nous allons compléter cette histoire morbide et essayer d'en déterminer la signification.

Nous ne décrirons pas de nouveau, dans son ensemble, l'éruption de ce malade, nous en rapportant, en ce qui concerne ses caractères essentiels, aux relations qu'en ont données MM. Balzer et Alquier, Danlos et Blocq; nous rappellerons seulement que cette dermatose est constituée par des *milliers* de nodules dont le volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un marron; que ces nodules, isolés ou agminés, rétrocèdent, comme il est de règle dans cette maladie, en laissant à leur suite, soit une simple macule, soit une cicatrice indélébile; que l'éruption est distribuée symétriquement sur toutes les parties de la surface cutanée, abstraction faite des régions palmaires et plantaires; qu'elle est abondante surtout sur les faces convexes des coudes et des genoux ainsi qu'au visage et aux régions fessières; qu'il ne s'y produit pas d'ulcérations; que les ganglions ne sont que très partiellement touchés. Nous insisterons seulement sur les particularités nouvelles qui se sont produites depuis l'an passé; elles modifient tellement l'aspect du malade que des collègues qui l'ont vu à cette époque ont peine à le reconnaître aujourd'hui.

La note générale, c'est, avant tout, une amélioration considérable qui paraît être survenue surtout sous l'influence d'un traitement arsenical intensif : les néoplasies volumineuses qui ont été signalées par nos collègues sur le nez, au cou, sur les membres, ont disparu ; tous les nodules, à de rares exceptions près, se sont affaissés et ont subi une évolution rétrograde ; beaucoup d'entre eux sont, en ce moment, recouverts de squames ou de croûtelles ; ce sont là des modifications artificielles qui sont survenues à la suite d'une série de bains de sublimé.

Les modifications qu'a subies dans son ensemble le tableau morbide peuvent être résumées ainsi qu'il suit.

La tumeur dorsale du nez a entièrement disparu ; il n'en reste d'autre trace qu'une plaque légèrement surélevée, plus vasculaire que les parties voisines avec lesquelles elle se continue insensiblement et parsemée de petites saillies miliaires de coloration blanc jaunâtre; la piqûre de ces saillies en fait sortir un magma composé de cellules épithéliales en voie de dégénérescence graisseuse.

Le nodule de la nuque, antérieurement gros comme une noisette, n'a plus que les dimensions d'une grosse lentille; sa coloration, d'un rouge pâle, ne disparaît qu'incomplètement sous la pression du doigt ; sa consistance est un peu plus ferme que celle de la peau voisine.

La néoplasie signalée par MM. Danlos et Blocq au-dessous et en arrière de l'oreille droite s'est affaissée; il n'y a plus à sa place qu'une plaque qui mesure actuellement 4 centimètres verticalement et de 8 à 15 millimètres transversalement; très légèrement saillante à sa périphérie, qui paraît formée par des nodules conglomérés, elle est affaissée dans sa partie centrale où la peau est amincie et il y a commencement de cicatrisation sans décoloration. On voit également sur son pourtour quelques nodules miliaires jaunâtres, semblables aux précédents.

Les cinq néoplasies du front, signalées par MM. Danlos et Blocq, ont également rétrocédé; l'une d'elles, à gauche, n'est plus représentée que par une cicatrice déprimée au pourtour de laquelle persistent trois nodules légèrement saillants; à droite, il n'y a plus que des nodules arrondis avec dilatation des orifices glandulaires et coloration rouge qui s'efface incomplètement sous la pression des doigts; sur l'une d'elles, on voit une saillie miliaire jaunâtre.

Aux joues, les nodules sont nombreux, leur élévation est peu considérable; les uns sont isolés, d'autres agminés en plaques; du côté droit, au-devant de l'oreille, une de ces plaques mesure 4 centimètres transversalement sur 2 verticalement, une autre 4 centimètres verticalement sur 3 1/2. Ces plaques sont en voie de régression. Les nodules qui persistent sont, les uns, en petit nombre, dans leur aire, les autres à leur périphérie; la plupart sont recouverts de squames fines et adhérentes. On voit des nodules miliaires jaunâtres très abondants sur la joue gauche, à 5 centimètres en arrière de la commissure palpébrale, au niveau d'une plaque en grande partie effacée.

Les néoplasies signalées à la partie supérieure du bras gauche sont également en voie de régression ; elles sont le siège de cicatrices, les unes décolorées, les autres pigmentées en brun sombre. Leur surface est infiltrée et recouverte de squames.

Au niveau du coude gauche, les altérations sont également complexes : elles forment une plaque confluente dans laquelle on distingue une cicatrice déprimée de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, et des nodules variant du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille, peu saillants, d'un rouge brun, s'effaçant incomplètement à la pression. En outre, *la peau qui sépare ces nodules est altérée, infiltrée; sa coloration est d'un rouge sombre, elle est le siège de nombreux replis entrecroisés ; son aspect rappelle celui de l'érythrodermie mycosique.*

Quelques-uns des nodules qui persistent sur les bras sont disposés

en traînées verticales ou semi-circulaires. Ils sont de consistance ferme et recouverts de croûtelles et de squames.

Les altérations du membre supérieur prédominent surtout à la partie postéro-interne de la région; la face externe est presque indemne; c'est seulement à la partie inférieure de l'avant-bras qu'on retrouve des nodules.

Le gros tubercule signalé au-dessus de l'appendice xiphoïde a rétrocédé; sa saillie est à peine de 1 millimètre; il est beaucoup moins dur; il ne mesure plus que 1 centimètre transversalement sur 0,005 verticalement; il présente une croûtelle à la partie centrale.

Au coude droit, on observe des saillies mycosiformes analogues à celles qui ont été signalées du côté droit.

Les nodules volumineux du dos se sont affaissés; il n'y a plus à leur place que quelques macules pigmentées et des cicatrices.

Sur la partie latérale droite du cou, on voit une masse tuberculeuse qui s'est récemment développée et qui a grossi dans ces derniers temps; elle mesure 11 millimètres de diamètre, son relief est de 2 millimètres; on sent, par la palpation, qu'elle occupe toute l'épaisseur du derme; elle fait même saillie à sa face profonde; on y voit des croûtelles et des squames provoquées par les bains de sublimé.

Sur la verge, nous notons un nodule saillant, rouge et ferme; au voisinage du bord libre du prépuce, des macules pigmentées consécutives à la régression d'éléments semblables et une cicatrice de même origine.

Sur le scrotum, il y a plusieurs nodules pisiformes de consistance ferme, de coloration rouge, disparaissant sous la pression du doigt.

Sur les fesses, l'éruption reste abondante; on y trouve tous les intermédiaires entre les saillies miliaires et les nodules pisiformes. Une de ces saillies est le siège d'une dépression centrale cupuliforme. La plupart de ces élevures sont devenues squameuses sous l'influence du sublimé.

Sur les membres inférieurs, on observe les mêmes modalités éruptives.

L'éruption est très peu abondante sur le devant des jambes, excepté à leur extrémité inférieure et au pourtour des malléoles.

La partie antérieure des cuisses est le siège de nombreux éléments éruptifs semblables à ceux des autres régions; ils sont confluents au niveau des genoux. La peau intermédiaire y présente des altérations semblables à celles qui ont été décrites aux coudes. Les cicatrices sont nombreuses; on en trouve une dizaine à la partie antérieure de la cuisse, les unes décolorées, les autres pigmentées. Par places, les saillies nodulaires sont en placards comparables à ceux des tuberculides agminées, d'autres en cercle. Comme pigmentation, on trouve là tous les intermédiaires entre le rouge pâle et le brun très foncé.

Au niveau de la partie externe des deux pieds, on voit des groupes d'éléments semblables, les uns saillants, les autres à l'état de simples macules.

La plante des pieds et la paume des mains sont indemnes.

Les ongles des orteils sont striés transversalement, leur matrice n'est pas altérée.

Il n'y a pas de néoplasies hypodermiques.

Les ganglions de la région inguinale sont seuls légèrement tuméfiés.

Les muqueuses accessibles à l'inspection ne présentent aucune altération.

Le malade a accusé, dans ces derniers temps, d'assez vives cuissons; elles ont été manifestement provoquées par les bains de sublimé. Depuis son entrée dans notre service, M. a été traité d'abord par le méthylarsinate disodique à la dose de 15 centigrammes; au bout de quinze jours on y renonça à cause des troubles digestifs qui en résultaient. Depuis lors, il ingère quotidiennement XV gouttes de liqueur de Fowler. Ce traitement a dû, pour la même cause, être suspendu pendant 10 jours.

L'examen hématologique, pratiqué par M. Dominici, ne décèle qu'une légère augmentation du nombre des polynucléaires par rapport aux mononucléaires ainsi qu'aux Mastzellen; cette leucocytose est presque insignifiante.

Il n'existe donc aucune modification importante dans la constitution morphologique du sang.

Une inoculation a été faite à un cobaye; nous en ferons connaître ultérieurement les résultats.

Les particularités que nous signalerons plus particulièrement dans cette observation sont les suivantes : les lésions de rétrocession, macules diversement pigmentées ou cicatrices décolorées, se sont multipliées; plusieurs de ces dernières atteignent ou dépassent les dimensions d'une pièce de 50 centimes; les petites saillies miliaires blanchâtres, remplies d'un magma épithélial, ont beaucoup de ressemblance objective avec les nodules d'origine sudoripare que l'un de nous a signalés dans la dermite bulleuse congénitale; la peau, en plusieurs régions, est le siège d'une infiltration diffuse, non nodulaire, comparable, sauf la couleur qui est d'un brun foncé, à l'érythrodermie mycosique; une tumeur, du volume d'un marron, s'est affaissée, ne laissant d'autre trace qu'une macule à peine visible.

Nous devons noter que, malgré la tendance générale des éléments à la régression, il s'est développé récemment au cou une nouvelle néoplasie atteignant le volume d'un très gros pois : le processus n'est donc pas éteint.

Bœck a déclaré qu'il ne connaissait pas dans la littérature médicale de fait semblable aux siens, à l'exception peut-être de celui qu'Hutchinson a fait connaître sous le nom de maladie de Mortimer et qu'il est difficile de qualifier en l'absence d'examen histologique.

Il faut évidemment classer comme tels les deux faits considérés par Darier comme des tuberculides nodulaires.

Nous devons indiquer les caractères qui séparent le type de Bœck des sarkoïdes de Kaposi ainsi que des dermatoses à granulomes qui ont noms tuberculose et lèpre, et du mycosis.

Il n'est pas douteux que les analogies avec la troisième variété de

sarkoïdes qu'a décrite Kaposi sont réelles: dans les deux cas, en effet, les néoplasies ont tendance à rétrocéder; il s'agit de nodules multiples, d'un rouge bleuâtre, qui disparaissent à la longue, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement arsenical; mais les cas de Bœck et le nôtre diffèrent de ceux de Kaposi par le nombre infiniment plus grand des nodules, par leur distribution systématique, par leur siège plus superficiel, par leur groupement possible en placards ou en fragments de cercle, par l'existence de nappes érythémateuses sans nodules appréciables à l'examen macroscopique, par les cicatrices indélébiles que les nodules peuvent laisser à leur suite, enfin par les caractères histologiques.

Aussi n'est-ce pas avec des sarcomes ou des sarkoïdes, mais bien avec la lèpre ou la tuberculose que l'on a jusqu'ici confondu cette maladie.

Le diagnostic de lèpre a été en effet d'abord formulé pour la première malade qu'a observée Bœck et cette même interprétation a été donnée pour notre malade lorqu'il a été présenté au Congrès international de dermatologie de 1900 par M. Du Castel : l'origine autochthone de la maladie, l'évolution rétrograde des boutons aboutissant à la formation de cicatrices indélébiles, le défaut d'altération spéciale des traits malgré la présence au visage de nombreux nodules, l'absence de bacilles de Hansen prouvent, de toute évidence, qu'elle est erronée.

Le diagnostic de tuberculides a pu être soutenu par MM. Balzer et Alquier ainsi que par M. Darier ; on sait, en effet, combien est considérable le polymorphisme des manifestations cutanées de la tuberculose et l'on a pu soutenir, à juste titre, qu'il s'agissait là d'une manifestation de cette nature : la présence de cellules géantes venait à l'appui de cette manière de voir, et l'absence de bacilles non plus que l'insuccès des inoculations ne pouvaient la faire rejeter, car on pouvait croire, à la rigueur, qu'il s'agissait de toxi-tuberculides ; mais l'absence complète de signes de tuberculose viscérale ou ganglionnaire, la formation de cicatrices sans ulcération, le fait que pas un des nombreux nodules ne présente la nécrose centrale avec dépression cratériforme qui caractérise la forme nodulaire de ces tuberculides, et enfin l'absence de localisations sur la face dorsale des articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes, alors que toute la surface du corps est envahie, nous conduisent à repousser ce diagnostic. Nous ajouterons que l'hypothèse de toxi-tuberculides est bien invraisemblable en ce qui concerne les volumineuses saillies qui ont été signalées et que, dès lors, l'absence de bacilles de Koch et le résultat jusqu'ici nul des inoculations prennent une valeur négative.

Nous n'insisterons pas sur les différences qui séparent cette éruption de celle du mycosis : il y a bien, comme phénomènes communs, la disparition de volumineuses saillies, mais l'absence, dans la plupart des régions, de toute altération appréciable des ganglions suffit à séparer les deux maladies ; il en est de même de la formation des cicatrices et des caractères histologiques.

Le type décrit par Cæsar Bœck se différencie donc de toutes les dermatoses décrites jusqu'ici et notre éminent collègue peut, croyons-nous, ressentir, à juste titre, le plaisir intime et revendiquer l'honneur d'avoir découvert une maladie nouvelle.

Quant au pronostic relativement bénin de cette maladie et à son traitement par l'arsenic à haute dose, nous ne pouvons que nous en rapporter à ce qu'a dit Bœck.

Comment faut-il classer cette dermatose ? Doit-on continuer à la ranger parmi les tumeurs, comme l'indiquerait la dénomination qui lui a été donnée? Nous ne le pensons pas : les plaques d'infiltration sans nodules que nous venons de signaler, la résorption complète des saillies avec cicatrices consécutives nous paraissent étrangères à ce que l'on observe dans les tumeurs.

Nous aurions bien plus de tendance à la ranger parmi les granulomes et à la placer ainsi dans le cadre nosologique à côté de la lèpre, de la tuberculose ou du mycosis ; s'il en est ainsi, nous demanderons à Bœck de vouloir bien donner à sa maladie une autre dénomination, celle de sarkoïde prêtant à la confusion et conduisant à

[R]ésumons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail:

1° La maladie cutanée décrite par Bœck sous le nom de sarcoïde bénigne multiple constitue un type morbide nouveau, essentiellement distinct des sarcoïdes de Kaposi ;

2° On peut y voir des saillies grosses comme des marrons s'affaisser et disparaître en laissant après elles de simples macules ou des cicatrices indélébiles ;

3° L'éruption est notablement symétrique : les faces convexes des coudes et des genoux lui constituent des lieux d'élection ;

4° Les nodules peuvent être agminés en placards irréguliers ou en arcs de cercle ;

5° La peau peut être le siège d'infiltrations diffuses au niveau desquelles il n'y a pas de nodules visibles macroscopiquement ; il y aura lieu de rechercher s'il en est de même au point de vue histologique ;

6° Il peut se développer au voisinage des nodules, dans des parties en voie de cicatrisation, des saillies miliaires d'un jaune blanchâtre remplies d'un magma épithélial; ils représentent, selon toute

vraisemblance, des conduits sudoripares dilatés ampullairement après oblitération cicatricielle de leur orifice;

7° Les cicatrices indélébiles peuvent être nombreuses et atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes;

8° Malgré la multiplicité des altérations, l'état de santé générale reste des plus satisfaisants;

9° L'arsenic favorise manifestement la régression des éléments morbides.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1902.

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : La valeur thérapeutique des composés mercuriels solubles en injection, par M. Danlos. — Vitiligo et syphilis, par MM. Pierre Marie et Crouzon. (Discussion : MM. Darier, Brocq, Renault, A. Fournier.) — Pelade de la moustache d'origine 'entaire, par M. Milian. — Les troubles de la sensibilité au niveau des plaques e pelade, par M. Milian. (Discussion : MM. Barthélemy, Jacquet.) — Lympho-ırcomes disséminés de la peau, d'apparence nævique et chéloïdienne, par MM. Bizard et Gastou. (Discussion : MM. Darier, Milian.) — Phagédénisme serpigineux superficiel généralisé streptococcique, chez une syphilitique acquise ayant présenté des lésions ecthymateuses dans l'enfance, par MM. Bizard, Gastou et Ribon. (Discussion : MM. Balzer, Bizard, Renault, Verchère, Jullien, Jeanselme, Barthélemy, Edm. Fournier, Hallopeau, A. Fournier.) — Symptômes nerveux et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la maladie de Duhring, par M. Milian. (Discussion : MM. Brocq, Barthélemy, Du Castel, Gastou, Jeanselme.) — Cas de verrues familiales héréditaires avec dyskératoses systématisées disséminées et à répétition (type psorospermose folliculaire végétante), par MM. Emery, Gastou et Nicoulau. (Discussion : MM. Darier, Lcredde.) — Suite aux essais de radiothérapie dans les (teigues, sycosis, folliculites) et les tuberculoses cutanées, ieira, Nicoulau. — Sur un cas d'acrodermatite suppura-es mains, par MM. Hallopeau et Eck. — Sur l'achromie limi-ules de lichen plan dans un cas d'hyperchromie tartrique, par et Sourdille. — Sur un cas de syphilides tertiaires tuberculo-ec formation de bulles et altérations profondes des traits, et rupia syphilitique, par MM. Hallopeau et Sourdille. (Discus-Aube, A. Fournier.) — Sur un cas d'ulcérations tuberculeuses multiples dans des cicatrices chirurgicales, par MM. Hallopeau et Sourdille. — Gangrène cutanée hystérique, par MM. Balzer et Faure Beaulieu. — Iodisme grave, conjonctivite catarrhale intense à bacilles de Weeks à la suite de l'ingestion de faibles doses d'iodure de potassium, par MM. Balzer et Faure-Beaulieu. — Seconde note sur les mesures exactes en radiothérapie, par M. Béclère. — Graves accidents produits par l'iodure de potassium dans les manifestations oculaires de la syphilis, par M. Abadie. — L'état actuel de la question du traitement du lupus tuberculeux et érythémateux, par M. Leredde. — Un cas de kératodermie symétrique des extrémités, par M. J. Brault. — Esthiomène ano-recto-vulvaire et lymphangiomes, par MM. Audry et Dalous. — Folliculites nécrosantes généralisées, par M. W. Dubreuilh.

Ouvrages offerts à la Société.

A. Fournier. — L'Abolitionnisme. — Extr. : *Bulletin médical*, 1902.

A. Fournier. — Le dispensaire vénéréologique. — *Rapport à la conférence internationale de Bruxelles*, 1902.

Besnier, Brocq, Jacquet. — La *Pratique dermatologique*, t. III, 1902.

M. le Prof. Neisser adresse à la Société la collection des travaux de la clinique dermatologique de Breslau, comprenant notamment :

Neisser. — Betrachtungen zur Diagnose der Syphilis. — Extr. : *Die Deutsche Klinik*, 1901.

— Die tuberculösen Hauterkrankungen. *Ibidem*, 1902.

— Zur Erinnerung an den 25 jähr. Bestand der Breslauer Hautklinik. — Extr. : *Arch. f. Dermat. u. Syphilis.*

— Verhandlungen der Breslauer dermatologischen Vereinigung, 1901.

Des tirages à part de Mémoires publiés par des élèves, MM. Ashihara Cederchreutz, Herrmann, Juliusberg, Klingmüller, F. Lesser, Lion, Mann W. Pick, Plato, Pollio, Rau, Sachs, Schäffer, Schirrmacher, Schol Tomasczewski, Zarubin.

En tout 47 brochures.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

La valeur thérapeutique des composés mercuriels solubles en injection.

Par M. Danlos.

Plusieurs de nos collègues qui ont fait récemment des communications sur les injections mercurielles solubles soit ici (Barthélemy), soit à la Société de thérapeutique (Leredde), semblent croire qu'à teneur égale en mercure tous les sels solubles, po bien tolérés par l'organisme, ont une égale effica ment de la syphilis. Je crois que la priorité de cette a tient à M. Leredde qui l'a formulée dans la *Semaine* a quelques mois. M. Barthélemy l'a reprise à son com

1° Un sel n'est bon que par sa teneur en mercure ;

2° Toute la question est là : trouver une préparatio qui soit bien tolérée par l'organisme infecté et qui ait un équi-lent élevé de mercure.

Nul doute que la solubilité et la teneur élevée en mercure ne soient une présomption d'efficacité; mais elles ne suffisent pas pour assurer l'activité du produit; et il est en outre probable que si dans un composé hydrargyrique soluble le mercure est la dominante au point de vue thérapeutique, le corps auquel il est associé modifie ses propriétés.

On pourrait, à l'appui de cette opinion, raisonner par analogie, comparer le mercure à l'arsenic, et rappeler que pour ce dernier corps la toxicité, à teneur égale, est très différente suivant que l'arsenic figure dans le composé à l'état d'acide arsénieux, d'acide arsénique, d'acide méthylarsinique, ou d'acide cacodylique. Il doit *a priori* en être de même pour le mercure; mais on peut produire des arguments plus directs.

On a récemment introduit dans la thérapeutique, des composés organiques mercuriels, solubles, peu irritants, très assimilables qui ont beaucoup moins de toxicité que le sublimé ou le cyanure, notamment l'hermophényl et le phénylo-acétate de mercure. Tous deux contiennent sensiblement 40 p. 100 de mercure. L'hermophényl a été employé à la dose de 32 centigrammes par jour, soit 12 cgr. 8 de mercure métallique, c'est-à-dire l'équivalent de 17 centigrammes de sublimé, de 16 centigrammes de cyanure, de 29 centigrammes de biiodure. J'ai moi-même employé plusieurs jours de suite sans inconvénient le phénylo-acétate à la dose de dix centigrammes en injection intra-musculaire. En admettant exact le dire de l'inventeur du produit, chaque injection ainsi faite représentait 4 centigrammes de mercure, c'est-à-dire l'équivalent de 5 centigrammes de cyanure, ou de 5 centigrammes et demi de sublimé. Non seulement à cette dose ces corps ne se sont pas montrés toxiques, mais leur activité thérapeutique n'a pas paru très grande, au moins pour le phénylo-acétate; preuve bien patente que la valeur thérapeutique ou toxique d'un composé mercuriel ne résulte pas nécessairement de sa teneur en mercure et que la forme sous laquelle existe le métal même dans les composés les plus solubles exerce une influence sur leur activité.

Ces considérations, du reste, sont encore vraies à un moindre degré pour les anciens composés mercuriels et j'en trouve la preuve dans l'expérience clinique, et même dans les communications de M. Barthélemy.

M. Fournier enseigne, en effet, depuis longtemps que le protoiodure est le médicament de choix pour les premiers accidents de la période secondaire ; et que le sublimé doit être préféré à la fin de la même période.

M. Barthélemy reconnaît qu'à teneur égale en mercure, le cyanure produit des effets secondaires d'intolérance que ne donnent pas le sublimé ou le biiodure, et lui-même attribue cette différence à la molécule cyanique. Ailleurs il nous dit qu'à quantité de mercure égale l'iodure double de mercure et de potassium est moins actif que le biiodure en dissolution dans l'huile.

Ces exemples, que l'on pourrait multiplier, démontrent bien que la richesse en mercure, la solubilité et la tolérance ne sont pas les seuls facteurs à considérer, et que si tous les sels mercuriels ont en commun la propriété antisyphilitique, les éléments auxquels le mercure est associé ne sont pas négligeables. Ils peuvent modifier l'action du mercure, et il est *a priori* probable que la connaissance de ces modifications pourrait, suivant les cas, être utilisée en thérapeutique.

Vitiligo et syphilis.

Par MM. Pierre Marie et Crouzon.

L'un de nous ayant eu l'occasion de voir, il y a quelques années, plusieurs cas de vitiligo chez des sujets manifestement syphilitiques, s'était demandé s'il n'existait pas de relations directes entre la syphilis et le vitiligo. Un cas récent observé en ville, cas dans lequel un *vitiligo* très étendu coïncide avec une *leucoplasie* linguale et une certaine diminution des réflexes pupillaires et rotuliens, est venu corroborer encore cette manière de voir. Nous avons voulu rechercher si chez les vitiligineux actuellement hospitalisés à Bicêtre nous ne trouverions pas également quelque trace de syphilis, quelque manifestation pouvant être rapportée à une vérole antérieure, avérée ou méconnue.

Voici ce que nous avons constaté chez un de nos malades :

Le nommé Mil..., âgé de 63 ans, administré de l'hospice de Bicêtre, présente un vitiligo étendu aux mains, à la ceinture et aux cuisses. On constate au niveau des mains jusqu'aux poignets une accentuation de la pigmentation normale parsemée de taches décolorées, et, à partir des poignets, la peau est absolument blanche, sans îlots pigmentés, de telle sorte qu'il est difficile de dire si c'est là une région de coloration normale ou si ce n'est pas une vaste plaque d'achromie prenant tout le bras jusqu'à l'aisselle et remontant jusqu'au cou. La pigmentation du cou est très accentuée, peut-être au-dessus de la normale. Au niveau de l'abdomen se trouvent des plaques allongées dans le sens transversal, à l'endroit où frottent la ceinture du pantalon et la ceinture de cuir que le malade a coutume de porter. On constate encore d'autres plaques achromiques disséminées à la partie inférieure de l'abdomen et sur la partie supérieure des deux cuisses. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité au niveau des régions achromiques. On constate au niveau du thorax et de l'aisselle à gauche une quantité de poils moindre qu'à droite ; cette asymétrie serait congénitale, au dire du malade ; elle ne se trouve pas, du reste, au niveau du pubis et de l'abdomen.

Ce malade présente en outre des lésions leucoplasiques de la bouche, elles occupent les lèvres supérieure et inférieure, les commissures, la face interne des joues et la langue. Irrégulières et fissurées au niveau des lèvres, ces plaques sont lisses au niveau de la langue.

Ce malade est grand fumeur ; il nie la syphilis, il n'a jamais eu aucune maladie, aucune affection génitale ni cutanée, dit-il. Il s'est aperçu il y a une vingtaine d'années que ses mains se décoloraient par places ; mais jamais il n'avait remarqué que sa langue et ses lèvres fussent blanches. Marié, il n'a jamais eu d'enfants et sa femme n'a jamais fait de fausse couche : ils avaient cependant, tous deux, grand désir d'avoir des enfants.

Depuis plusieurs années sa vue est faible, il peut cependant très bien se conduire : l'acuité visuelle pour l'œil droit est 1/40 (il compte à peine les

doigts à 50 centimètres); pour l'œil gauche, elle est de 1/10 (il compte difficilement les doigts à 1 mètre). Les pupilles sont très étroites, elles réagissent faiblement à la lumière, peut-être même la droite ne réagit-elle pas du tout, elle est légèrement déformée. A l'ophtalmoscope, on constate pour l'œil droit et pour l'œil gauche *des papilles atrophiques*. Pour l'œil droit, la papille est atrophiée dans toute son étendue sans rétrécissement notable des vaisseaux. On note dans la moitié temporale de la papille, tout autour du rebord papillaire, des taches pigmentaires pathologiques.

Ce malade ne présente pas de signes tabétiques nets ; le réflexe achilléen droit est faible, sinon absent, mais le réflexe gauche existe et les réflexes rotuliens sont plutôt forts. Pas de Romberg. Pas de troubles vésicaux.

Nous avons pu retrouver une observation due à M. Du Castel, assez analogue à la nôtre (Société de Dermatologie, 11 février 1892) : il s'agit d'un adulte présentant, depuis l'âge de 3 ans, des plaques de vitiligo généralisé et, depuis l'âge de 12 ans, une leucoplasie buccale (malade nerveux, ayant eu des crises nerveuses dans l'enfance, présentant des réflexes excessifs). M. Du Castel conclut, lui aussi, en demandant s'il existe entre ces deux affections une relation et quelle elle est.

Il nous a semblé que nous pouvions aller plus loin et nous risquer jusqu'à l'affirmation de relations directes de cause à effet, entre le vitiligo et la syphilis.

Prenons, par exemple, les cas dont il vient d'être question, dans lesquels le vitiligo coïncide avec une leucoplasie buccale : ces cas apportent des arguments sérieux en faveur de notre thèse. En effet, dans la discussion du Congrès international de Dermatologie (1900) sur les *leucoplasies*, après un rapport de M. Perrin, si la plupart des auteurs ont dit que la leucoplasie était due à une inflammation chronique provoquée et entretenue par des irritations prolongées et réitérées, ils ont aussi tous ou presque tous invoqué une prédisposition particulière due à la syphilis. Antérieurement déjà, certains auteurs, Baumès, Sigmund (1863), Kaposi (1866), avaient fait de la leucoplasie buccale une manifestation *constante* de la syphilis. M. Ernest Gaucher soutint en 1900 une opinion semblable : « la leucoplasie linguale, dit-il, est *toujours* une affection d'origine, sinon de nature syphilitique; on retrouve des antécédents syphilitiques connus, reconnus et avoués dans 80 à 85 cas sur 100 de leucoplasie linguale. Or une affection qui est syphilitique 85 fois sur 100 est syphilitique 100 fois sur 100, car il y a plus de 15 cas pour 100 de syphilis ignorée, de syphilis conceptionnelle ou de syphilis héréditaire. » Et si M. Nekam (de Budapest) trouve l'opinion de M. Gaucher trop affirmative, M. Balzer se rattache plus ou moins directement à la syphilis, M. Fournier dit que dans 80 pour 100 des cas il a

relevé la syphilis, que c'est donc une énorme majorité ; et si MM. Barthélemy et Jacques ne considèrent pas comme démontré que la syphilis soit la seule cause, ils n'en ont pas moins constaté la syphilis 68 fois sur 83 cas. En résumé, si les irritations locales ont un rôle dans la production de la leucoplasie, il est indiscuté que presque toujours la leucoplasie est fonction de syphilis. La présence de la leucoplasie sur les malades dont nous avons parlé doit donc nous faire affirmer, presque à coup sûr, qu'ils sont syphilitiques, et dès lors, nous sommes amenés à penser que le vitiligo, lui aussi, est, dans ces cas, fonction de syphilis.

Cette manière de voir a encore pour elle l'appui d'un certain nombre de faits en dehors de ceux que nous venons de rapporter. C'est ainsi que M. Tenneson, le 21 février 1889, à la réunion hebdomadaire de Saint-Louis, rapporte une observation sous le titre de vitiligo et syphilis. Il s'agit d'un homme chez lequel apparaît un vitiligo deux ans après le début de sa syphilis. Huit ans après, surviennent des accidents cérébraux : céphalalgie, troubles psychiques, hémiplégie. L'auteur déclare qu' « il ne peut se prononcer encore aujourd'hui sur les rapports de la syphilis et du vitiligo ».

Quelques auteurs, D. Bulkley, Leloir, Chabrier, Lebrun attirèrent l'attention sur l'apparition du vitiligo chez les tabétiques. M. Thibierge (*Semaine médicale*, 1891) en parlant du vitiligo dit qu'il peut mettre sur la voie du diagnostic du tabes dans la période préataxique. Et l'on peut concevoir l'intérêt qui se dégage de ces constatations si l'on a en vue que la presque unanimité de neurologistes admet aujourd'hui l'origine syphilitique du tabes.

Aussi les observations récentes communiquées à la Société de Neurologie (février et mars 1902) sont-elles à ce point de vue des plus intéressantes. MM. Ballet et Bauer présentent deux malades porteurs de lésions vitiligineuses symétriques coïncidant avec un syndrome tabétique (toutefois il a été impossible de retrouver la syphilis avérée dans les antécédents de leurs malades). M. Souques présente un homme de 69 ans chez lequel existait une parésie de la corde vocale gauche avec voix bitonale, le signe d'Argyll-Robertson avec myosis bilatéral, des dyschromies cutanées symétriques siégeant à la partie inférieure du tronc et à la partie supérieure des cuisses ; M. Souques ne considère pas ce malade comme tabétique, mais se base sur le signe de Robertson pour affirmer sur lui la syphilis. L'un de nous, en collaboration avec G. Guillain, a montré, en mars 1902, à la Société de Neurologie, un malade présentant du vitiligo des mains, du cuir chevelu, de la nuque, du front, du cou, de la région sacrée et de la région abdominale inférieure et sur lequel, quoiqu'on ne puisse retrouver de syphilis, on constate des maux perforants des deux pieds, de l'abolition des réflexes achilléens et

rotuliens et de l'incontinence des urines. M. Henry Meige faisait remarquer, à propos du malade de M. Souques et de celui de M. Guillain, qu'ils présentaient l'un et l'autre des malformations génitales et que celui de M. Souques présentait une hypertrophie mammaire, anomalies de développement que l'on a attribuées à la syphilis héréditaire.

Ce groupe de faits démontre, à notre avis, que le vitiligo, dans certains cas, est lié plus ou moins directement à la syphilis. A priori, cette manière de voir n'a rien de subversif, si l'on veut bien se souvenir de la prédilection avec laquelle le système nerveux dans toute son étendue se trouve frappé par la syphilis, et, dans le même ordre d'idées, si l'on se rappelle avec quelle fréquence la vérole détermine les achromies ou les dyschromies pigmentaires.

M. Darier. — Il y a des cas où l'origine syphilitique du vitiligo est évidemment inadmissible, parfois au contraire elle apparaît comme au moins très vraisemblable. J'ai moi-même observé une dame de 35 ans chez laquelle le vitiligo avait rebuté depuis 2 ans, et dont la langue présentait non pas seulement les lésions purement épithéliales de la leucoplasie, mais une sclérose superficielle intéressant la muqueuse et imposant le diagnostic de syphilis. Elle n'avait présenté aucun autre signe de syphilis, mais elle avait été mariée pendant 17 ans à un syphilitique avéré, des œuvres duquel à la vérité elle n'avait jamais conçu. Il serait intéressant de rechercher systématiquement les antécédents syphilitiques dans tous les cas de vitiligo.

M. Brocq. — La question n'est pas nouvelle et je l'ai soulevée ici même il y a 4 ou 5 ans. J'avais à cette époque signalé l'existence du vitiligo chez un certain nombre d'anciens syphilitiques, et la probabilité d'un rapport étiologique entre ces deux affections, tout en maintenant que le plus souvent il est possible de trouver de la syphilis acquise ou héréditaire chez les vitiligineux ; mais mes assertions parurent si révolutionnaires qu'on ne les reproduisit même pas dans le compte rendu des séances. Je suis heureux de les voir aujourd'hui confirmées par d'autres observateurs.

M. Renault. — Je crois que dans les faits de ce genre il s'agit d'une simple coïncidence. J'ai en ce moment même dans mon service un malade atteint de vitiligo des organes génitaux depuis son enfance et qui, tout récemment, vient de contracter la syphilis.

M. Darier. — L'observation de M. Renault ne constituerait qu'un fait isolé, et je n'ai jamais prétendu que le vitiligo fût dans tous les cas d'origine syphilitique. D'ailleurs je crois qu'il faut faire une distinction fondamentale entre le vitiligo acquis et à développement progressif, et les dyschromies fixes d'origine congénitale.

M. A. Fournier. — La question des rapports du vitiligo et de la syphilis ne peut pas être ainsi tranchée d'emblée. Il faut, pour la discuter avec fruit, que nous revoyons tous nos statistiques à ce point de vue ; il sera

alors possible de revenir plus utilement sur ce sujet dans une de nos prochaines séances.

Pelade de la moustache d'origine dentaire.

Par M. Milian.

A l'exemple de M. Jacquet et conformément à ses idées, j'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie, un cas d'une affection, banale mais intéressante par les questions de pathogénie qu'elle soulève, d'une pelade de la moustache. En voici l'observation détaillée :

Et..., âgé de 35 ans, employé à la gare du Nord, 172, boulevard National, Clichy-la-Garenne.

Antécédents héréditaires. — Père mort de broncho-pneumonie à 48 ans. Pas de maladies antérieures.

Mère vivante, âgée de 58 ans, a perdu un œil en 1891 à la suite d'une affection pour laquelle elle avait été opérée.

Ils ont eu un fils mort jeune, à 3 ans.

Un fils âgé de 37 ans, venu consulter à Saint-Louis il y a un an et demi pour une pelade du cuir chevelu qui dura 4 ou 5 mois. — Il eut une deuxième poussée il y a six mois ; cette poussée guérit en trois mois.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure.

Le sujet vient consulter, le 16 juin 1902, pour une plaque de pelade de la moustache développée depuis quatre mois. Il nous dit spontanément que son frère a eu également la pelade, mais qu'il ne peut l'avoir gagnée de lui car il n'a jamais de contact direct, n'utilise jamais ses objets de toilette et ne l'embrasse jamais, « pas même au jour de l'an ». Par contre, la femme et la fille du malade, vis-à-vis desquelles il ne prend guère de précautions, n'ont aucune trace de pelade.

Cette pelade s'est développée dans les conditions suivantes : Et... souffrait des dents depuis plusieurs années. Possesseur d'un grand nombre de dents cariées, il avait au niveau des deux maxillaires des *névralgies* extrêmement violentes, qui pourtant se calmèrent. Mais il resta une sensibilité très vive au niveau des incisives supérieures, particulièrement de l'incisive latérale droite cariée, qui, au moindre courant d'air, au moindre contact froid ou chaud, lui semble traversée par un courant électrique.

C'est *en regard de cette incisive supérieure latérale droite* que se développa la plaque peladique, en même temps qu'apparurent sur la gencive correspondante des vésicules identiques aux *vésicules d'herpès*. Celles-ci guérirent, puis reparurent à plusieurs reprises, et, au jour de notre examen, il y en avait une dizaine sur la gencive, rangées linéairement et perpendiculairement au rebord de l'arcade dentaire.

Le 16 juin, c'est-à-dire quatre mois après son début, la plaque occupe une étendue de 2 centimètres environ en largeur et la totalité de la moustache. Les poils environnant la plaque viennent très facilement et sans douleur à la traction. Il y en a quelques-uns de *blancs*, lesquels tranchent

sur la moustache noire. Les poils qu'on extirpe sont souvent effilés ou en crosse. Il s'agit, en un mot, d'une plaque en pleine extension. La peau y est d'ailleurs *amincie* et il y a à son niveau une *anesthésie* très marquée à la piqûre. Il n'y a pas d'autre plaque de pelade.

Les dents sont en très mauvais état. Outre la carie de *l'incisive supérieure latérale droite*, les deux premières *molaires supérieures droites* (*pelade de la lèvre supérieure droite*) sont cassées, il n'en reste que des chicots. Idem pour la première molaire supérieure gauche. Les gencives sont en très mauvais état dans toute leur étendue, saignantes, rouges, couvertes de tartre.

Il n'y a pas de sensibilité à la pression au niveau des points d'émergence du trijumeau. Réflexes rotuliens normaux. Pupilles régulières, un peu paresseuses. Le malade dit être très nerveux et se mettre facilement en colère. Il boit chaque jour un litre et demi de vin, mais ne présente pas de stigmates éthyliques nets.

Cœur et poumons sont normaux.

Traitement ordonné : nettoyage de la bouche et des dents par un dentiste, avec arrachement de l'incisive supérieure latérale droite. Quinine (sulfate) 0 gr. 25 centigrammes par jour.

28 juin. Le malade a fait soigner ses mâchoires qui sont actuellement en bon état. L'incisive latérale supérieure droite a été arrachée.

La plaque de pelade s'est un peu étendue. Les poils viennent toujours facilement et sans douleur autour de la plaque. Le malade a eu des névralgies temporales droites malgré la quinine.

19 juillet. Disparition des douleurs. Poils environnant la plaque tous solides.

23 aout. La sensibilité qui, à nos précédents examens, était diminuée est revenue à la normale. Il y a des poils en repousse sur la presque totalité de la plaque.

6 novembre. La plaque est complètement recouverte de poils longs de 1 à 2 centimètres, mais blancs. Le malade est évidemment guéri.

Cette observation ne me paraît pas douteuse pour ce qui est de l'interprétation pathogénique, et l'origine dentaire de cette pelade me semble évidente, non pas tant peut-être par le résultat thérapeutique, qui pourrait être attribué à une coïncidence, que par le groupement des faits, névralgie, éruption herpétique, alopécie, anesthésie, et leur explosion simultanée en un même territoire commandé par une dent malade.

Les troubles de la sensibilité au niveau des plaques de pelade.

Par M. Milian.

Les troubles de la sensibilité sont fréquents, pour ne pas dire constants, au niveau des plaques de pelade, du moins les troubles de la sensibilité objective.

L'*hyperesthésie* au moindre frôlement ou à la piqûre s'observe assez souvent.

La diminution de la sensibilité est plus fréquente, et cela sous tous les modes : douleur et chaleur.

L'*anesthésie* à la piqûre peut présenter tous les degrés : depuis l'hypoesthésie la plus légère jusqu'à l'anesthésie la plus profonde. Il faut, pour la bien mettre en évidence, comparer avec le plus grand soin et la plus grande impartialité la sensibilité d'un côté avec celle du côté opposé.

L'anesthésie siège sur la totalité de la plaque ou déborde ses bords concentriquement. Quelquefois elle est beaucoup plus étendue, mais elle dépend souvent alors d'une anesthésie hystérique. L'anesthésie est surtout marquée au début de l'affection. Au fur et à mesure que l'affection vieillit, ces troubles disparaissent ; cela est surtout sensible quand les poils repoussent, ce qui, dans une certaine mesure, peut être utilisé pour le pronostic.

La *thermo-analgésie* présente également tous les degrés ; elle se superpose ordinairement à l'anesthésie.

M. Barthélemy. — Je ne doute pas de l'existence de l'anesthésie cutanée dans la pelade, puisqu'elle a été constatée par M. Milian. Mais, d'après mes observations, c'est un phénomène exceptionnel. J'ai, en effet, pour habitude de traiter la pelade par la rasure périphérique, par les frictions stimulantes, la teinture d'iode acétique et surtout en criblant les zones dénudées de piqûres et d'injections intradermiques, de solutions soit de pilocarpine, soit de cacodylate de quinine, soit de biiodure d'hydrargyre, alternativement, chaque semaine. Or je constate toujours une très vive sensibilité à la piqûre, telle parfois que j'ai dû d'abord injecter des gouttelettes de solution de cocaïne. Je n'ai jamais observé d'anesthésie que chez les hystériques. De plus, la nuque et le cou sont toujours plus sensibles que le vertex.

En fin de séance, M. Milian m'a montré sa jeune malade ; il y a, en effet, de l'anesthésie, mais cette anesthésie s'étend au loin sur le côté droit de la tête, dans la zone couverte de cheveux aussi bien que dans les zones dénudées. D'ailleurs l'existence de ces troubles de sensibilité n'est nullement en opposition avec la doctrine de l'origine parasitaire de la pelade.

M. Jacquet. — Les troubles de sensibilité sont extrêmement fréquents pour la pelade ; mais ils sont de modalité très variable : tantôt on observe de l'anesthésie, comme le signale M. Milian, tantôt, au contraire, on constate une hyperesthésie qui peut être assez vive.

Lymphosarcomes disséminés de la peau, d'apparence nævique et chéloïdienne.

Par MM. Bizard et Gastou.

Voici d'abord l'observation clinique du malade que nous présentons à la Société.

M. D..., âgé de 56 ans (né en 1846), peintre sur porcelaine.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans, d'affection intestinale. Mère morte à 77 ans, d'albuminurie ; deux sœurs mortes : une de diabète, l'autre accidentellement.

Antécédents personnels. — Fièvre continue sans gravité ; vers l'âge de 10 ans à 15 ans, bronchite ; de 40 à 45 ans, a été sujet à des vertiges assez fréquents ; le malade met ces accidents sur le compte du travail excessif auquel il se livrait à ce moment.

M. D... s'est marié en 1871, sa femme est actuellement vivante et bien portante ; il est père de trois filles bien portantes, sa femme a fait en outre quatre fausses couches. Notre malade a les apparences extérieures d'un bon état de santé ; il ne se plaint que d'une toux légère mais persistante et d'un peu d'oppression ; il mange bien, dort bien et aurait tendance à engraisser ; tous les organes sont sains et fonctionnent normalement : l'analyse des urines ne nous a rien montré d'anomal.

Pas d'éthylisme ; nous avons recherché avec le plus grand soin la syphilis mais sans en trouver la moindre trace ; du côté de la peau le malade aurait eu un peu d'eczéma séborrhéique sternal flanellaire ; il se plaint en outre assez fréquemment de prurit sur les membres inférieurs.

C'est à l'âge de 51 ans (il y a donc environ cinq ans) que se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection actuelle.

A ce moment le malade a remarqué une certaine gêne dans les mouvements de rotation de la tête de gauche à droite ; en en cherchant la cause, il a trouvé qu'il s'était produit, à son dire, un épaississement du nerf du cou à gauche ; il s'agissait là certainement d'un épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, faisant corps avec le muscle ; la peau avait du reste gardé à ce niveau sa couleur normale, et comme le malade ne souffrait nullement, il ne fit pas grand cas de ce qu'il venait d'observer.

Pourtant près d'un an après il remarqua une nouvelle grosseur sur l'épaule gauche, puis peu à peu, jusqu'à aujourd'hui, l'affection prit une extension de plus en plus envahissante qui le poussa dernièrement à venir consulter l'un de nous. Nous remarquâmes alors à l'examen, dans toute la partie supérieure gauche du thorax, une tuméfaction de la peau semblable à une sorte d'œdème dur qui résiste au doigt, et qui paraît, en certains points du moins, s'étendre profondément, formant des noyaux résistants jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Au niveau du cou, à la région cervicale, la peau forme une gaine épaisse à la partie inférieure du tendon du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; au niveau du sternum, dans son tiers supérieur se remarque un épaississement considérable formant tumeur de la peau et du tissu cellulaire ; on ne peut saisir la peau entre les doigts et il est assez difficile de la mobiliser sur les parties profondes. L'épaississement de la peau existe à gauche dans toute la région supérieure du thorax pour s'arrêter en arrière sur l'épaule, remontant sur la partie latérale du cou jusqu'à l'angle sous-maxillaire, où nous constatons un gros noyau induré semblable à un ganglion engainé dans le derme s'étalant légèrement sur la face en avant de l'oreille. A la partie inférieure la tuméfaction n'a pas de limites précises et semble se terminer insensiblement un peu au-dessus de la région mammaire.

La peau, au niveau de la région où elle est le plus épaissie, n'a pas gardé

sa teinte normale; elle y est légèrement violacée, de couleur asphyxique; cette teinte est due à un fin réseau veineux qui la sillonne.

A la partie supérieure droite du thorax les lésions semblent moins avancées, la peau n'y a cependant pas gardé sa souplesse, et nous remarquons en outre, coiffant l'épaule droite, une large plaque de la grandeur de la paume de la main, assez régulièrement ovalaire et à limites moins précises, plaque de consistance lardacée, facilement mobile sur les tissus sous-jacents, plaque ayant une couleur d'un rouge assez vif, couleur due à des télangiectasies qui la constellent d'arborisations et la font ressembler à un nævus vasculaire. Nous trouvons du reste sur la jambe gauche une plaque ardoisée apparue il y a deux ans et en imposant pour un nævus.

Au niveau de toute cette région la sensibilité est conservée et le malade n'éprouve aucune sensation particulière ou douloureuse.

Ajoutons que la maladie, qui semblait dès le début avoir une marche d'une extrême lenteur, paraît aujourd'hui se développer avec une rapidité plus considérable.

Devant l'aspect éruptif et l'évolution de l'affection, nous avons pensé qu'il pouvait s'agir d'une néoplasie maligne. Pour déterminer l'existence nette et la nature de cette néoplasie, une biopsie fut faite sur l'épaule.

Examen histologique. — A un faible grossissement, l'examen des coupes montre qu'il s'agit d'un tissu formé de bandes conjonctives et élastiques épaisses contenant, disséminées dans leurs interstices des masses, cellulaires dont le siège est surtout dans la profondeur et au voisinage des glandes sudoripares.

L'épiderme est aminci, les digitations épidermiques ont en partie disparu, mais il n'y a pas d'altérations spéciales à ce niveau. Les vaisseaux sont peu dilatés. A un grossissement fort on voit sous l'épiderme un tissu réticulé contenant :

1° De grosses cellules du type plasmatique, c'est-à-dire à gros noyaux et protoplasma abondant ;

2° De nombreuses mastzellen, qui forment des traînées parallèles à l'épiderme.

Les cellules plasmatiques sont surtout périvasculaires, mais on ne peut dire qu'il existe là une véritable infiltration.

Tout autre est l'aspect en certains points des amas formés par des cellules d'un genre spécial. En effet, autour de gros vaisseaux dont on ne voit pas les parois, autour des glandes, sont groupées des cellules, encadrées par une bordure conjonctive et rassemblées en nodules très nets, très limités émettant des prolongements. Ces cellules sont très volumineuses. Leur noyau est fortement coloré par les couleurs basiques, leur protoplasma clair et abondant. Pressées les unes contre les autres, toutes égales, ces cellules sont polygonales ou irrégulièrement arrondies. On y décèle à l'aide des différentes colorations (hématoxyline-éosine, picro-carmin, van Gieson) un réticulum très fin.

Il n'y a pas d'autres altérations appréciables.

A quel groupe peut-on rattacher ces amas cellulaires ? Les cellules ont de l'analogie avec les plasmazellen ; mais elles en diffèrent par leur uniformité, la présence d'un noyau toujours central, la réaction peu intense et différente aux colorations de leur protoplasma.

Le groupement de ces cellules n'est du reste pas celui de la syphilis.

Il ne peut s'agir non plus ni de tuberculose, ni d'infections.

La netteté des groupements vasculaires et périglandulaires, l'isolement des amas, l'absence des cellules d'infiltrations de genres différents, sont contraires, malgré la présence du réticulum, à l'existence du mycosis, que fait rejeter également l'absence des lésions épidermiques et d'infiltration papillaire.

L'existence du réticulum semble être en rapport avec une altération lymphatique ; la localisation périvasculaire et périglandulaire des amas semble également correspondre à l'existence des lacunes lymphatiques périvasculaires et périglandulaires ; de ce fait naît l'idée d'une néoplasie lymphatique, et si on tient compte de la forme et du groupement des cellules d'aspect sarcomateux, on en conclut à l'existence d'un lymphosarcome.

M. Darier. — D'après les coupes que je viens d'examiner, le diagnostic de lymphosarcome me paraît à peu près certain, — il s'accorde bien du reste avec l'évolution clinique, car ces tumeurs dures ont souvent une marche assez lente, de plus elles s'accompagnent ordinairement de tumeurs ganglionnaires. Il serait utile, pour compléter l'observation, de pratiquer l'examen du sang.

M. Milian. — Dans un cas analogue, l'examen du sang m'a démontré l'existence d'une leucémie lymphatique coïncidant avec la lymphadénie cutanée.

Phagédénisme serpigineux, superficiel, généralisé, streptococcique, chez une syphilitique acquise ayant présenté des lésions ecthymateuses dans l'enfance.

Par MM. Bizard, Gastou et Ribon.

Le phagédénisme dans la syphilis n'a pas de cause univoque. Malgré les nombreux cas signalés, on n'a pas déterminé encore si la tendance phagédénique était en rapport soit :

1° Avec la qualité de la syphilis ;

2° L'absence de traitement au début ou dans la suite ;

3° La nature du terrain : diathèse, présence d'une lésion viscérale (albuminurie, diabète), d'une association bacillaire ou néoplasique ;

4° Enfin avec une infection microbienne pathogène ou saprophyte.

Nous avons, pour apporter une contribution à cette question, fait

une étude clinique, anatomique et bactériologique complète d'un cas que nous présentons à la Société :

Observation clinique. — Mme S... est âgée de 34 ans, née le 6 novembre 1868, dans l'Oise.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 40 ans, d'une affection intestinale.

Mère morte à 59 ans, d'un kyste dans le ventre ; a eu quatre filles et a fait une fausse couche.

La sœur aînée de la malade aurait eu vers 13 ans une éruption suppurée *sur la paroi abdominale.*

La sœur cadette souffre depuis longtemps de blépharite ciliaire.

La troisième fille est notre malade.

La quatrième n'a jamais rien présenté de particulier.

Antécédents personnels. — Notre malade est née à terme, elle s'est bien portée dans son enfance, les règles sont venues à 13 ans. A cette époque elle a présenté une éruption s'étant manifestée surtout à la face, autour des lèvres, sur les joues, avec quelques éléments sur le corps, notamment sur les bras et sur les cuisses. Cette éruption était formée d'éléments croûteux qui ont suppuré et ont persisté un mois environ, ne laissant comme vestiges que de très légères cicatrices qu'on peut voir sur la joue droite de la malade, vers la commisure des lèvres. Il paraît bien qu'il s'est agi dans ce cas d'une éruption impétigineuse.

Mme S... a été déflorée vers l'âge de 15 ans.

A 22 ans (fin de l'année 1890), alors qu'elle avait des rapports avec un étudiant qu'elle soupçonnait du reste être atteint de syphilis, elle s'aperçut tout à coup qu'elle portait sur le corps une éruption de taches semblables, dit-elle, à des boutons de rougeole, taches principalement abondantes à la partie supérieure du thorax.

Elle avait du reste remarqué qu'il était apparu depuis peu de temps un bouton sur la grande lèvre gauche, bouton qui persista plusieurs semaines et était certainement un chancre induré ; elle alla donc se présenter à la consultation du professeur Dieulafoy, à l'hôpital Necker, où on lui fit, pendant plus de 3 semaines, des frictions mercurielles ; elle sortit à peu près guérie de l'hôpital, et pendant une dizaine de mois elle ne présenta que des accidents secondaires bénins (papules, angine, céphalée, chute légère des cheveux); pendant ces 10 mois pourtant elle avait pris régulièrement des pillules et de l'iodure de potassium.

En août 1891 — 10 mois environ après le début de sa syphilis — elle a vu apparaître à la face externe du mollet droit une lésion arrondie de la grandeur d'une pièce de 5 francs, suppurante et bientôt profondément ulcéreuse ; en même temps se montraient sur les jambes et sur les bras d'autres éléments légèrement ulcéreux et beaucoup plus petits.

Elle alla consulter à Saint-Louis et se rappelle que le médecin montra aux élèves qu'on pouvait faire, par le seul examen du cou (qui était certainement le siège d'une syphilide pigmentaire) le diagnostic certain de gomme syphilitique de la jambe.

Elle entra à l'hôpital et resta 6 semaines salle Alibert (traitement : emplâtre de Vigo, pilules, sirop d'iodure de fer). Quand elle est sortie de

l'hôpital la jambe était guérie, mais il était déjà apparu des ulcérations suppurantes sur les cuisses et dans le dos. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis onze ans, les éléments ulcéreux et suppurants n'ont jamais cessé de se manifester. Cependant, au commencement de l'année 1894 son état lui ayant semblé s'améliorer, la malade crut pouvoir se marier. Notons en passant que le mari semble être resté indemne, jusqu'à aujourd'hui, de toute infection syphilitique.

Notons encore que depuis sa sortie de l'hôpital Saint-Louis jusqu'à l'époque de son mariage (de 1891 à 1894), la malade n'a pris pour tout traitement que de l'iodure de potassium.

Pendant les 6 mois qui suivirent son mariage l'état de la malade resta satisfaisant sans que jamais cependant elle n'ait été complètement guérie. Mais vers le milieu de l'année 1894 les lésions ulcéreuses réapparurent avec plus d'intensité, guérissant en un point pour se montrer en d'autres, laissant toujours indemne les mêmes régions pour repulluler sans cesse dans les mêmes territoires cutanés ; le dos, le membre supérieur gauche, la paroi abdominale à droite du nombril, la partie supérieure et interne de la cuisse gauche et surtout sur les fesses dont la droite est encore aujourd'hui le siège de lésions en pleine activité.

Signalons que jusqu'à ce jour, depuis près de 8 ans, la malade a pris régulièrement tous les matins, 1 mois sur 2, une grande cuillerée à bouche de sirop de Gibert.

Actuellement, en examinant le corps de la malade, on remarque tout d'abord, en diverses régions, de vastes placards cicatriciels. Dans le dos notamment nous voyons une énorme cicatrice ayant une forme à peu près rectangulaire, un contour circiné géographique, cicatrice ayant 34 centimètres dans sa plus grande largeur sur 22 centimètres de hauteur ; sur le ventre existe, à droite de l'ombilic, un amas cicatriciel ayant une étendue de 10 centimètres sur 9 centimètres, un troisième placard cicatriciel descend du tiers inférieur de la face postérieure du bras droit et s'étale sur le coude et la partie supérieure de l'avant-bras dans une étendue de 16 centimètres de longueur 12 de large environ.

Les deux fesses enfin sur toute leur étendue forment une vaste nappe cicatricielle, mais tandis que sur la fesse gauche les lésions sont absolument éteintes, la fesse droite est le siège d'ulcérations en pleine activité.

Nous remarquerons en outre sur le corps de cette femme de nombreuses cicatrices indépendantes, petites, arrondies, lisses, qui se voient notamment à la région cervicale, sous le sein droit, à la région sous-claviculaire gauche. Si nous étudions les grandes cicatrices, nous remarquons qu'elles sont lisses, très superficielles, formées d'une multitude de petites cicatrices rondes, ovalaires, serpigineuses, mais toujours *superficielles*, limitées par des îlots de peau paraissant saine ou à peine effleurée par le processus plus érosif en certains points ulcéreux.

La fesse gauche est, comme nous l'avons vu, le siège de lésions en pleine activité ; nous y voyons une vaste surface occupant les deux tiers internes de la fesse et descendant sur la cuisse jusqu'à la région trochantérienne ; sur ce vaste placard d'un fond rouge sombre se dessinent de multiples ulcérations peu profondes (un demi-centimètre environ), n'ayant pas des bords à pic,

mais taillées à l'emporte-pièce, lésions pour la plupart arrondies, ovalaires, serpigineuses et sinueuses, laissant couler un pus jaunâtre peu épais, d'une extraordinaire abondance.

Tandis que les ulcérations de la partie supérieure de ce vaste clapier se comblent et prennent déjà un aspect cicatriciel, il est bien évident que les ulcérations de la partie inférieure, au niveau de la cuisse, sont en pleine tendance envahissante et phagédénique.

Pour trouver la raison de l'extraordinaire ténacité des lésions que nous venons de décrire, nous avons examiné avec le plus grand soin notre malade et nous avons pu constater que tous ses organes sont sains et fonctionnent normalement. Nous n'avons découvert dans l'urine aucun élément anormal.

Mme S..., qui est dans une situation relativement aisée et qui n'exerce aucune profession et s'occupe uniquement de son ménage, ne s'est exposée à aucune intoxication ; elle est très sobre notamment et ne boit jamais d'alcool. Elle n'est d'ailleurs nullement cachectique et, à première vue, a toutes les apparences d'un état de santé satisfaisant. Nous avons pensé, depuis trois semaines environ que nous connaissons la malade, qu'un traitement tonique général et puissamment antiseptique local (teinture d'iode, eau oxygénée, permanganate de potasse) devait être surtout mis en œuvre ; les résultats peu satisfaisants jusqu'à ce jour nous ont conduits à faire un examen bactériologique et histologique dont nous allons communiquer les résultats à la Société.

Examen bactériologique. — L'examen a été fait sur préparation directe et ensemencements.

A un premier examen nous trouvons, en même temps que quelques rares chaînettes de streptocoque, un polymicrobisme abondant dû à l'existence d'un pansement qui, insuffisamment fait, avait permis à des saprophytes nombreux de se développer.

Dans une seconde série de recherches, après avoir les jours précédents fait un nettoyage plus minutieux de la région, l'examen et la culture nous démontrent l'existence nette d'un streptocoque à tout petits grains.

Examen histologique. — La biopsie est faite sur le rebord d'une ulcération de la cuisse. Le fragment est traité par les méthodes colorantes habituelles.

Les coupes montrent deux parties tout à fait différentes d'aspect, l'une, correspondant au bord de l'ulcération, est formée presque uniquement d'éléments cellulaires, envahissant toute l'étendue des coupes depuis la surface jusqu'à la profondeur.

L'autre partie est formée d'épiderme et des couches sous-jacentes sillonnés de vaisseaux et parsemés d'amas de constitution différente.

Dans la région de bordure les éléments cellulaires d'envahissement sont rangés en quelque sorte méthodiquement de la profondeur vers la surface.

1° Dans la profondeur : de grosses cellules, les unes à gros noyau et protoplasma abondants (leucocytes mononucléaires), les autres à noyau allongé et protoplasma bien limité et clair (cellules conjonctives).

2° La région moyenne est formée de lymphocytes et de cellules dégénérées

dont on voit le noyau, mais dont le protoplasma est translucide (dégénérescence colloïde ou hyaline ?).

3° Enfin toute la surface est comblée de cellules, petites, de type lymphocyte et surtout de cellules à noyaux émiettés, de polynucléaires caractérisant les éléments dits globules de pus.

Un tiers de la coupe a cette structure.

L'autre partie est constituée comme fond par un tissu mal coloré, fibro-élastique, au milieu duquel sont des glandes sudoripares, des vaisseaux et des lacunes lymphatiques. Tous ces éléments anatomiques sont altérés, entourés d'une infiltration de grosses cellules se rapprochant des leucocytes mononucléaires. Si les glandes sudoripares altérées, de même que les vaisseaux et lymphatiques très dilatés semblent localiser l'infiltration autour d'eux, on ne peut dire qu'il s'agisse de foyers gommeux.

De la profondeur partent de nombreux vaisseaux, tous entourés de cellules d'infiltration. Ces vaisseaux vont s'épanouir à la surface des papilles, sous l'épiderme, en un véritable bouquet de capillaires dilatés gorgés de sang; ces capillaires entremêlés aux lacunes et cavités lymphatiques, produisent l'aspect d'un tissu spongieux œdémateux réticulé, dans lequel apparaissent, vers la région moyenne des papilles, des formations toutes spéciales :

1° D'abord des amas nodulaires mal dessinés de cellules à gros noyaux, du type soit leucocytaire ou lymphocytaire, amas en rapport avec les vaisseaux et donnant l'aspect des corpuscules de la rate ;

2° Des amas de cellules géantes nettement spécifiées dans le sens de l'ordination des cellules géantes tuberculeuses ;

3° Enfin, un élément tout à fait particulier sur lequel nous attirons l'attention. Dans la partie moyenne des papilles existent, espacés, quatre à cinq amas de cellules, dont l'aspect est épithélial de forme, c'est-à-dire noyau allongé peu coloré, protoplasma clair et grenu, ellipsoïde ou ovale. — Ces cellules se groupent en araignée, émettant des prolongements et sans être en rapport avec aucun vaisseau.

Elles correspondent à des blocs de nécrose très distincts.

Entre ces formations existent des nappes et des îlots de globules rouges.

L'épiderme qui recouvre ces éléments est aminci. La couche à éleidine n'existe presque pas, il n'y a pas d'infiltration cellulaire manifeste des différentes couches, mais un clivage superficiel provoqué par des collections cellulaires intra-épidermiques et sous la lame cornée.

En résumé, dans ces coupes il n'existe pas de lésions gommeuses typiques, mais à côté de foyers de cellules géantes, des nodules nécrosés, des amas d'infiltration, des abcès, des lésions glandulaires et vasculaires, qui indiquent une désorganisation totale de la peau rappelant à la fois les lésions des pyodermites, les néoplasies infectieuses, et les dégénérescences par troubles de nutrition.

Il nous a semblé que de l'étude clinique, bactériologique et histologique on pouvait conclure à l'existence d'une lésion mixte, à la fois infectieuse, streptococcique et nécrotique, due à des lésions

vasculaires syphilitiques, survenant chez un sujet prédisposé, par les accidents de l'enfance, à des lésions ecthymateuse pyoïdes de la peau : d'où l'explication de l'existence d'une véritable septico-pyohemie cutanée, à évolution chronique et serpigineuse.

M. Balzer. — Je crois qu'il s'agit ici de syphilides tuberculeuses serpigineuses ; ces formes sont parfois d'une extrême ténacité : j'ai soigné une femme qui, pendant dix-huit ans, eut la face labourée par des lésions analogues à celles-ci ; elle a fini par guérir sous l'influence du traitement mercuriel intensif, et de l'iodure de potassium à des doses atteignant 20 grammes par jour.

Malgré la complication de l'infection streptococcique, je crois qu'avec un traitement spécifique énergique on peut venir à bout de ces accidents. J'ajoute que ces syphilides si destructives du tégument ne s'accompagnent pas en général de lésions viscérales et sont, par conséquent, *quoad vitam* relativement bénignes.

M. Renault. — Je crois qu'il s'agit ici de lésions complexes, car les cicatrices, au lieu d'être lisses comme dans les syphilides pures, sont irrégulières et gaufrées.

M. Verchère. — Je soigne, en ce moment, une malade tout à fait comparable à celle-ci ; sous l'influence des injections de biiodure à haute dose, les altérations, très étendues au début, sont maintenant presque complètement réparées, et cela en trois semaines seulement. J'espère présenter les moulages et la malade guérie à la prochaine séance.

Les insuccès sont toujours dus à l'insuffisance ou à l'irrégularité du traitement.

M. Bizard. — Ma malade s'est cependant soignée presque constamment depuis le début de ses accidents, mais d'une façon peu énergique ; elle a bien subi autrefois une cure de frictions dans le service de M. Dieulafoy, mais depuis longtemps elle n'a pris que du sirop de Gibert.

M. Jullien. — Il est évident que le traitement a été insuffisant ; en employant les moyens convenables et les méthodes modernes, il ne faut pas plus d'un mois pour guérir un cas de ce genre.

Quant à l'absence d'accidents viscéraux dans les syphilides cutanées, étendues, fait sur lequel j'ai appelé l'attention en 1874, c'est une règle habituelle, mais qui comporte bien des exceptions : j'ai vu, l'année dernière, un homme couvert d'ulcérations et de cicatrices qui, finalement, est mort de syphilis pulmonaire.

M. Jeanselme. — Le cas de cette femme me rappelle ceux que j'ai souvent observés en Extrême-Orient : la syphilis exotique est souvent compliquée de phagédénisme ; elle désorganise profondément la peau et le squelette ; elle entraîne des mutilations incurables, mais elle détermine rarement la mort. Elle doit sa bénignité relative à l'intégrité quasi-constante des muqueuses et des viscères. Le tabes et la paralysie générale sont pour ainsi dire inconnus dans la presqu'île indo-chinoise et la Malaisie.

M. Barthélemy. — Je crois qu'il ne faut pas être trop absolu dans la proposition qui consiste à dire qu'une syphilis, qui est désastreuse et mutilante pour la peau, n'aura pas de manifestation viscérale. D'abord, il y a des cas où l'alcoolisme donne l'explication de l'intensité des lésions tégumentaires de la syphilis, au point que, quand on les observe, on peut dire, avant même toute interrogation, qu'on a affaire à un alcoolique. Ce n'est pas tant que l'alcool stimule ou exalte la syphilis que parce qu'il rend la peau moins résistante. C'est la principale mais non la seule cause.

On sait que les accidents tertiaires sont, non toujours, mais habituellement localisés plutôt que généralisés, discrets plutôt que multiples; le tabes se montre surtout dans les syphilis bénignes, a-t-on dit, par conséquent presque pas traitées. La syphilis du foie est également rare en même temps que d'autres manifestations; on peut en dire autant des lésions cérébrales, des lésions osseuses, etc. Il en résulte que la syphilis tertiaire qui attaque un système anatomique épargne en général les autres et produit habituellement, mais non toujours, son effort morbide sur un seul organe ou un système anatomique. Elle est habituellement monosymptomatique.

Enfin, dans les cas où l'infection syphilitique est vraiment maligne par elle seule, où il n'y a ni alcoolisme ni infection paludéenne, ni dénutrition de grossesse, ni aucune cause habituelle de dépression organique et d'exaspération syphilitique, on peut dire que les syphilis graves sont graves pour la peau et pour d'autres organes en même temps. J'ai de nombreux souvenirs à l'appui de ce qui précède. Quand j'avais l'honneur d'être chef de clinique de notre honoré président, en 1880-1882, j'ai observé de nombreux cas de ce que nous appelions syphilis continue, c'est-à-dire donnant lieu à des accidents mutilants, reparaissant aussitôt que le traitement était cessé; et dès qu'un accident était guéri, un autre se montrait, et toujours ainsi pendant huit ou dix ans, en dépit des traitements dits alors intensifs (frictions, pilules, sirops, etc.). Or ces malades succombèrent tous plus tard, les uns au tabes, les autres à des accidents cérébraux, celui-ci à une affection rénale, celui-ci à une paralysie bulbaire, cet autre avec des lésions oculaires, cet autre encore avec des ostéites naso-crâniennes suivies de nécrose avec perforations du voile du palais en plus, ou avec des exostoses et des périostites très douloureuses, évoluant en même temps que les affections des centres nerveux.

Dans le cas particulier, je crois, avec MM. Verchère et Jullien, que l'antisepsie des plaies n'a pas été suffisante. Il suffit parfois de faire des désinfections soigneuses pour que les plaies obéissent au traitement spécifique et guérissent. D'autre part, encore comme mes collègues, je crois que la maladie n'a pas été suffisamment énergiquement combattue. D'abord, localement, on peut faire tout autour de la lésion et même sous la lésion des injections mercurielles solubles, soit la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre. Ensuite, il faut faire un traitement méthodique par les injections hebdomadaires de préparations mercurielles insolubles, une par semaine à la dose de 10 centigrammes de calomel ou de 8 à 10 divisions de ma seringue pour huile grise, c'est-à-dire de 8 à 10 centigrammes de mercure métallique par semaine. Je ne doute pas qu'on obtienne ainsi une rapide amélioration. L'iodure de potassium ne joue, dans ces cas, qu'un rôle secondaire et non

indispensable. Ce dont il faut se préoccuper, c'est de la quantité de mercure, bien toléré par l'organisme, qui est contenu dans telle ou telle préparation. Or, contre la syphilis, c'est à la plus haute quantité bien tolérée de mercure qu'il faudra donner la préférence. C'est pour cela que je préconise tant les piqûres de calomel ou d'huile grise, parce que l'assimilation du mercure se fait d'une manière lente, continue, faible il est vrai, mais jamais absolument interrompue.

M. E. Fournier. — Dans un cas de phagédénisme grave, analogue à celui-ci, mais occupant la face et le cou, j'ai obtenu un succès rapide par les injections de calomel à la dose de 7 à 9 centigrammes ; dès la huitième piqûre la guérison était presque complète.

M. Hallopeau. — Dans les cas de ce genre, j'attache une grande importance au traitement spécifique *local* ; j'emploie couramment, depuis 19 ans, le sublimé à 1 p. 5000, sous forme de compresses en permanence sur les plaies, et j'en obtiens constamment d'excellents résultats.

M. A. Fournier. — Avec MM. Verchère et Jullien, je crois que chez cette femme le traitement a été insuffisant. Soignées comme il convient, ces formes guérissent en un mois, ou bien alors elles ne guérissent pas du tout; car il faut bien savoir que certains cas résistent à tout. A titre d'exemple, je vous citerai deux cas où l'on a fait pour l'un cent vingt, pour l'autre deux cent quarante injections de calomel, et cela sans aucun succès.

En ce qui concerne le pronostic, je pense, comme on vient de le dire, que certaines syphilis peuvent ravager la peau sur de grandes surfaces sans être graves au point de vue viscéral. Mais il est des cas où des accidents graves se montrent à la fois à l'extérieur et dans les organes profonds; j'ai vu un fort de la halle, un homme superbe qui, après avoir présenté toutes sortes d'accidents cutanés et muqueux, a fini par mourir de tabes.

Au point de vue thérapeutique, que faut-il faire ici ? Bien évidemment des injections, tout le monde est d'accord sur ce point. Mais ce n'est pas tout; j'y ajouterais le repos absolu, voire le séjour au lit pour un mois ; je conseillerais en outre la balnéation répétée, par exemple un bain de deux heures chaque jour ; c'est là un moyen qui agit merveilleusement sur cette forme de lésions. — Quant à l'emploi local du sublimé, j'en suis l'adversaire résolu, car je l'ai toujours vu irriter et aggraver les ulcérations.

M. Hallopeau. — Le sublimé n'est irritant que si on l'emploie en solutions trop fortes; appliqué au 5000e il est toujours bien toléré.

Symptômes nerveux et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la maladie de Duhring.

Par M. Milian.

Dans la thèse de Chabert (Paris, 1902), on trouve l'observation d'un malade, du service du professeur Fournier, atteint de pemphigus aigu.

Ce pemphigus aigu fébrile mortel a évolué en deux ou trois semaines et les phénomènes nerveux y ont été prédominants, fait qui n'a pas été mis en évidence dans l'observation signalée ci-dessus, obnubilation, perte de la mémoire, délire nocturne, exophthalmie, coma.

Voici aujourd'hui une malade atteinte de dermatite herpétiforme de Duhring typique, chez laquelle on constate les symptômes nerveux suivants : réflexes rotuliens brusques, presque spasmodiques avec réponse d'une commotion musculaire généralisée, crises de larmes, crises de rire, inégalité pupillaire, mydriase gauche avec paresse du réflexe lumineux du même côté.

En présence de ces symptômes nerveux, la ponction lombaire est pratiquée, qui montre une lymphocytose discrète mais indubitable. Les cultures sur bouillon et gélose sont restées stériles.

Ce fait prouve que la dermatite herpétiforme de Duhring relève tout comme le zona d'une lésion organique du système nerveux, infectieuse probablement, étant donnée la leucytose polynucléaire qu'on observe. L'éosinophilie n'est pas spécifique de l'affection. Elle s'observe dans tous les processus subaigus. La preuve en est dans le fait que le pemphigus aigu mortel rapporté plus haut ne s'accompagnait pas d'éosinophilie.

M. Brocq. — Je demanderai à M. Milian quelle était la profession de son premier malade ; en effet, le pemphigus aigu grave frappe à peu près exclusivement les bouchers, tanneurs et autres ouvriers maniant les animaux morts. Il y a d'abord une piqûre, puis surviennent la fièvre, le délire, le coma. Il s'agit donc d'une maladie infectieuse se transmettant par inoculation.

M. Barthélemy. — J'appuie la proposition émise par M. Brocq, en ajoutant cette petite remarque que, dans les cas, rares d'ailleurs, que j'ai observés, il s'agissait d'hommes s'occupant plutôt de chevaux que d'autres animaux.

M. Milian. — Mon malade était, je crois, boulanger.

M. Du Castel. — La remarque de M. Brocq me remet en mémoire certains faits d'éruptions bulleuses récidivantes des jambes que j'ai observés chez des apprentis bouchers ; peut-être y aurait-il une relation entre ces éruptions et le pemphigus aigu grave ; ce pourrait être une même maladie infectieuse inoculable, susceptible de revêtir des formes bénignes et des formes graves.

M. Jeanselme. — Il y a actuellement, dans le service de M. de Beurmann, une femme atteinte de maladie de Duhring qui, outre l'exagération générale de tous les réflexes, présente en plus de la trépidation épileptoïde.

M. Gastou. — J'ai déjà eu l'occasion d'attirer, à plusieurs reprises, et en particulier en présentant des malades devant la Société, votre attention sur

l'existence d'une hyperexcitabilité réflexe, tout à fait particulière, qui se voit chez certaines malades atteintes de dermatoses en même temps que de manifestations nerveuses. Cette hyperesthésie est telle que si l'on vient à percuter le tendon rotulien, aussitôt il se produit des mouvements de flexion et d'extension brusques et rapides des membres et de la tête, suivis quelquefois de sensations de malaises des plus désagréables et de pleurs. J'avais appelé ce réflexe *réflexe ranien*, parce qu'il est semblable à celui que l'on obtient en excitant une des pattes d'une grenouille décapitée. J'avais remarqué, coïncidant avec cette hyperesthésie réflexe, des troubles oculo-pupillaires, des paresthésies siégeant dans le domaine de la sensibilité physique et morale, et souvent des dermatoses prurigineuses et bulleuses qui me font croire que dans ces cas il s'agit d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion du grand sympathique.

J'ajouterai également que, dans une communication faite aussi devant vous, il y a quelques années, j'avais signalé avoir rencontré, dans trois cas de maladie de Duhring, l'existence de lacunes ou cavités péri-épendymaires dans la substance grise, chez des malades qui, durant leur vie, avaient présenté, en même temps que l'éruption bulleuse, des troubles nerveux multiples et des arthropathies. — Y a-t-il rapport ou corrélation entre les bulles, les réflexes et les altérations médullaires, je ne puis l'affirmer, ce n'est qu'une hypothèse que je signale aux observateurs de cas semblables.

Cas de verrues familiales héréditaires avec dyskératoses systématisées disséminées et à répétitions (type psorospermose folliculaire végétante).

Par MM. Emery, Gastou et Nicolau.

La malade que nous présentons à la Société est atteinte d'une dermatose dont les caractères principaux sont ceux de la maladie décrite par M. Darier sous le nom de psorospermose folliculaire végétante.

Mais si dans l'ensemble le type clinique et anatomique répond à cette affection, il nous semble intéressant de mentionner ici l'absence de lésions folliculaires, la disposition nettement épithélioïde que prend la couche de Malpighi, qui par places donne l'aspect d'un épithéliome cylindrique, l'état mucoïde de la région papillaire sous-jacente à l'épiderme. Enfin, et sans pouvoir l'affirmer, faute d'une technique suffisante, il nous a semblé rencontrer dans la profondeur des filets nerveux, dont quelques éléments paraissent atrophiés.

Étant donné le caractère familial héréditaire des lésions verruqueuses du dos des mains, l'existence de la langue plissée et à sillons d'origine congénitale, la production de modifications épidermiques siégeant aussi bien à la tête que sur le corps et donnant les troubles de kératinisations pris autrefois pour des psorospermies : il nous

semble que l'on pourrait discuter ici l'existence d'une véritable maladie systématisée soit primitivement à l'épiderme, soit au tissu dermo-papillaire.

Cette hypothèse nous semble plus compréhensible dans notre cas, étant donnée l'absence de lésions folliculaires, que celle incriminant l'existence d'un parasite.

Une objection pourrait être faite en ce qui concerne l'absence de folliculites, qui tiendrait à ce que la maladie étant à la période de début, seul l'orifice folliculaire serait altéré à ce moment.

La clinique réfute cette objection par ce fait que la phase éruptive actuelle a dans chaque poussée représenté le terminus de la maladie. L'étude histologique étant bien celle d'un élément adulte, il s'ensuit que, dans ce cas, l'absence de lésions folliculaires donne à penser que la transformation muqueuse de la région dermo-papillaire et la dyskératose sont de même cause, et la seconde probablement sous la dépendance de la première.

Observation. — X..., 50 ans, ménagère. Depuis l'âge de 10 ans, elle présente sur la face dorsale des mains, des doigts et de l'extrémité inférieure des avant-bras, une éruption papuleuse confluente, dont les éléments se touchent; sur les avant-bras l'éruption est plus discrète, les éléments sont séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins grands de peau saine.

Le volume de chaque papule en particulier varie de celui d'une lentille à celui d'un petit pois: de couleur rose grisâtre, elles sont légèrement bombées et leur surface a une apparence chagrinée. D'après les dires de la malade, cette affection occupant les extrémités des membres supérieurs, serait familiale, plusieurs membres féminins de sa famille (sa mère, sa tante, une de ses sœurs) en ayant été atteints. La malade n'a qu'un seul enfant (une fille, âgée actuellement de 30 ans) qui n'a jamais eu de lésions analogues. La malade présente, en outre, par places dans la paume des mains, des petits foyers desquamatifs, kératosiques, semblant être en rapport avec des glandes sudoripares.

A part cette affection datant de l'enfance, et restée toujours dans le même état, sans rétrocéder ni s'étendre (et qui d'ailleurs ne l'a jamais incommodée), la malade aurait présenté presque tous les ans, à des époques variables et sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses, des poussées d'éruptions papuleuses, plus ou moins généralisées, qui auraient été tout à fait semblables à l'éruption qu'elle présente actuellement sur le reste du corps, et sur la description de laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Les poussées duraient en moyenne deux mois et guérissaient spontanément. Son état général a toujours été très bon, et ne se ressentait nullement de ces éruptions (1).

(1) Nous faisons remarquer que nous n'attachons qu'une valeur relative aux données anamnestiques concernant la nature des ces poussées éruptives. N'ayant pas assisté nous-mêmes à leur évolution, nous enregistrons avec toute la réserve nécessaire la description que la malade nous en fait.

La dernière poussée étant plus étendue que d'habitude, et durant depuis quatre mois sans manifester aucune tendance vers la guérison spontanée, la malade s'en est inquiétée, et s'est décidée à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

Actuellement elle présente en dehors de l'éruption qui occupe le dos des mains, et que nous avons déjà décrite, une autre éruption, non prurigineuse, de nature ou du moins d'aspect différent, occupant une grande partie de la surface du corps. Mais cette éruption présente dans ses localisations des points d'élection remarquables ; ainsi très peu répandue sur les membres où elle est réduite à quelques éléments disseminés çà et là, elle atteint son maximum de développement ou, du moins, de confluence sur certains endroits du tronc, sur le cou et le cuir chevelu.

Dans le cuir chevelu les éléments sont tellement confluents qu'ils se touchent ; ils dépassent en bordure les limites de la zone chevelue de 1 à 1/2 centimètre en empiétant sur le front, sur les tempes (éléments préauriculaires), et jusque dans la région parotidienne, sur la région rétro-auriculaire. Sur le cou les éléments deviennent confluents, formant de vrais placards qui suivent vers la partie antérieure la direction des sterno-cléido-mastoïdiens.

Sur le tronc les éléments sont répandus un peu partout, mais leur confluence augmente notablement au niveau de la région sternale, dans la région des gouttières vertébrales et surtout au niveau des grands plis : régions axillaires, inguinales et sous-mammaires.

La lésion élémentaire de cette éruption est du type papuleux, mais les éléments ne sont pas strictement uniformes. En général les papules sont petites, planes ou légèrement bombées, de la dimension d'un grain de mil à celui d'une lentille, à contours réguliers et assez nettement dessinés ; les papules sont surmontées d'une croûtelle d'un brun sale, noirâtre ou grisâtre. Cette croûtelle est sèche ; pas trop dure au toucher, et on peut l'arracher sans beaucoup de difficulté avec l'ongle. Après l'avoir enlevée, on observe à sa place, surtout si on regarde à la loupe, une légère dépression dans laquelle elle se trouvait logée.

Dans les régions riches en glandes sébacées et en follicules pileux (région sternale, cuir chevelu, front, région rétro-auriculaire, etc.), les papules sont périfolliculaires, car elles sont centrées par un poil. Dans les régions rétro-auriculaires, surtout au niveau des sillons, les éléments sont plus volumineux et présentent au milieu une petite dépression, une véritable ombilication. Par une légère expression on peut faire sortir une petite quantité d'une matière de consistance demi-molle, gris blanchâtre et un peu grasse. Dans le cuir chevelu il existe une couche assez épaisse de squames grasses, comme dans le pityriasis séborrhéique, qui couvre et masque par endroit les papules. L'examen microscopique de ces squames nous a montré la flore habituelle des parasites qui habitent les squames du pityriasis, c'est-à-dire le petit staphylocoque et la spore de Malassez.

Tels sont les aspects principaux sous lesquels se présente la lésion élémentaire, la papule dans les régions où les éléments sont isolés.

En d'autres points, plusieurs papules voisines se touchent par leurs bords, confluents, et il en résulte de petites plaques, à forme et à bords irréguliers,

de couleur brun grisâtre, et à la surface desquelles on observe une série de saillies, qui représentent le relief de chaque papule dont la confluence a constitué le placard.

Dans la bouche on n'observe pas d'éruption. La langue présente l'aspect typique de langue fissurée, dite « *langue scrotale* »; sur les bords on voit quelques proéminences, qui paraissent être des papilles hypertrophiées. Nous ne croyons pas pouvoir les rattacher à l'éruption de la peau.

L'état général de la malade est très bon. Elle n'est atteinte d'aucune affection organique du côté des viscères. Les urines sont normales.

La malade semble atteinte de deux affections distinctes : l'une datant de l'enfance, occupant les extrémités des membres supérieurs, et d'aspect verruqueux. Une autre plus récente, que la clinique et l'examen histologique nous ont démontré être identique à la maladie dite « psorospermose folliculaire végétante ».

Examen histologique. — Pour faire l'examen histologique nous avons biopsé un petit placard composé de quatre papules, situé immédiatement au-dessous du sillon sous-mammaire droit. La pièce a été fixée dans le sublimé acétique, incluse dans la paraffine et débitée en coupes en série. Les coupes, collées à l'albumine, ont été colorées par différents réactifs : hématoxyline-éosine, van Gieson, rubine acide, Wasserblau, picro-carmin, orcéine, bleu de Unna et glycerinaethermischung, violet de gentiane, Gram-éosine, etc.

L'examen général de la coupe, à un faible grossissement nous montre en un ou deux endroits limités, situés en un point quelconque de l'épiderme, un bourgeonnement spécial de l'épiderme dans le tissu dont la prolifération prend l'aspect d'ensemble d'un nodule ou d'une masse irrégulièrement sphérique. En proliférant l'épithélium ne s'enfonce pas beaucoup dans le tissu papillaire ni dans le sens latéral, ni en profondeur. En bas, il modifie la forme normale des papilles par ses sinuosités. Le nodule semblant à l'endroit bourgeonne sur place. Sa membrane basale se plissant décrit des sinuosités papillomateuses, qui déterminent de petits lobules presque parallèles, séparés par de minces languettes de tissu conjonctif et simulant de véritables glandes à épithélium cylindrique. Malgré la pénétration réciproque des tissus épidermiques et papillaires, leurs limites respectives sont assez bien marquées par la membrane basale qui persiste dans toute son étendue.

Les cloisons interlobulaires sont constituées par un réseau de fibres conjonctives lâches, très fines, et centrées souvent par un capillaire à direction verticale. Par la méthode de Unna-Tänzer, on constate au milieu de ce réseau conjonctif quelques fibres élastiques très fines.

En ce qui concerne le rapport de ce bourgeonnement épithélial avec les annexes de l'épiderme, malgré nos coupes en série, nous n'avons pu constater aucune relation entre la lésion et les follicules pileux, glandes sébacées ou sudoripares; elle se fait en un point quelconque de l'épithélium de revêtement. Souvent on voit sur les coupes des glandes sudoripares et des follicules pileux, venant s'aboucher dans le voisinage des foyers morbides, sans qu'ils présentent la moindre altération.

Le corps du foyer morbide, au lieu d'avoir une composition analogue à celle de l'épiderme normal, se présente au contraire sous la forme d'un vaste utricule ou excavation, dont la cavité est remplie par des masses de cellules plus ou moins désagrégées ou de colonnes cellulaires stratifiées, que nous désignerons, avec M. Darier, sous le nom général de « masses kératoïdes ». Nous reviendrons plus bas, en détail, sur les détails et la constitution intime de ces masses.

Pour établir un rapport entre ces constatations histologiques et la nature des lésions élémentaires consignées dans la description clinique du cas, disons tout de suite que c'est le bourgeonnement papillomateux de l'épithélium qui détermine la formation des papules ; les croûtelles qui les surmontent sont constituées par les masses kératoïdes mentionnées.

Structure du nodule. — A un plus fort grossissement, nous constatons qu'il est composé exclusivement de cellules de nature épithéliale. Ces cellules dans leur évolution, des couches profondes vers la superficie, subissent une sorte de trouble spécial qui au lieu de les conduire à une kératinisation normale, les fait aboutir à des types cellulaires qu'on désigne sous le nom de « grains » et « corpuscules ronds ».

Les grains constituent en grande partie la masse du nodule. Vers les parties profondes ils sont représentés par des cellules sphériques, elliptiques ou biconvexes, entourées d'une membrane à double contour, colorée en rouge intense par l'éosine. Leur protoplasma est uniforme, et se colore différemment, d'après les réactifs employés ; ainsi l'hématoxyline éosine lui donne un aspect rose bleuâtre ou nacré ; la rubine acide le colore en rouge brillant ; les colorants à base d'acide picrique en jaune. Le noyau est rond, pâle, opaque et on ne distingue plus les grains de chromatine et le nucléole. On observe à l'intérieur du protoplasma de quelques cellules de fines granulations d'éléidine.

Plus on s'approche de la surface de la peau, ces grains, probablement par tassement et pression réciproques, deviennent plus ovales, plus aplatis ; le noyau présente la même tendance. En même temps ils manifestent moins d'affinité ou une affinité différente pour les colorants qui les teintent à la façon de la kératine.

Le type cellulaire dit « corps rond » n'est pas trop fréquent ; il se trouve de préférence sur les côtés du foyer morbide, et présente leur aspect caractéristique, cellules dont le protoplasma se transforme en une coque réfringente, ayant plus ou moins les réactions de la kératine, appliquée directement contre le noyau ou séparée de lui par un espace clair. Quelques-unes contiennent des granulations d'éléidine.

Les « grains » et les « corps ronds » proviennent de la transformation des cellules épidermiques. Mais quel est le moment précis où commence cette transformation, et quelles en sont les étapes successives ? Pour répondre à ces questions, il faut étudier successivement les différentes couches épidermiques.

Couche basale. — Les cellules basales sont très allongées dans le sens vertical. Par leur base, quelquefois étirée en forme de pied, elles adhèrent à la membrane basale. Les filaments intercellulaires ont disparu ; les cellules ont perdu tout moyen d'union avec leurs voisines et si elles restent

en place c'est grâce à leur adhérence à la membrane basale. Le protoplasma des cellules basales a un aspect plus clair, finement réticulé, ne possède pas du tout de pigment et fixe moins bien les colorants; le noyau paraît normal, il est vésiculeux, elliptique, riche en chromatine qui fixe très bien les couleurs électives ; il occupe généralement le pôle supérieur de la cellule. Quelques-unes des cellules sont en état de karyokinèse. Dans la couche basale, pas plus d'ailleurs que dans les autres couches, on ne voit de leucocytes migrateurs, comme on en voit dans l'épiderme enflammé ou même normal.

Couche de Malpighi ou filamenteuse. — Par suite de la disparition de leurs filaments d'union, *acantholyse*, les cellules de cette couche perdent au niveau des nodules toute connexion non seulement entre elles, mais aussi avec la couche sous-jacente. En effet, immédiatement au-dessus de la couche basale, il se produit une sorte de clivage ou fissuration, qui la sépare complètement de la couche malpighienne.

Il en résulte une sorte de cavité, de forme plus ou moins irrégulière, à grand axe transversal, qui devait probablement contenir du liquide, car en son intérieur on voit flotter des cellules isolées, ou bien réunies par petits groupes. Le protoplasma des cellules est plus pâle, plus réticulé, mais leur forme est encore polyédrique, leur contour est assez net; et leur noyau conserve encore ses grains de chromatine et son aspect presque normal.

Il est à noter que la fissuration ne se produit pas d'emblée sur toute l'étendue du foyer morbide; elle commence en un point, pour s'étendre de là transversalement; elle peut même commencer en plusieurs points à la fois. Nous remarquons de même que le clivage ne se fait pas invariablement au niveau de la couche basale: quelquefois il respecte les deux ou trois premières assises malpighiennes.

De cette description il résulte que la couche filamenteuse est profondément désorganisée dans sa structure et ses rapports. L'effet de cette désorganisation ne tarde pas à se manifester. Les cellules, au lieu de suivre leur évolution normale, subissent une sorte de *métaplasie* qui les conduit aux types cellulaires qu'on appelle « grains » et « corps ronds », et que nous avons longuement décrits au commencement de cette étude.

Nous ne reviendrons plus sur les détails de leur structure, nous dirons seulement quelques mots sur leur groupement. Ils commencent en bas immédiatement au-dessus de la cavité, dont ils constituent en grande partie le plafond.

A partir de ce point, ils deviennent très nombreux et constituent presque exclusivement le reste du nodule jusqu'à la surface de la peau.

Couche granuleuse. — La couche granuleuse s'arrête nettement au niveau de la lésion, du moins en tant que couche bien constituée. Dans les endroits où la lésion a déjà atteint un certain degré de développement, les cellules à éléidine deviennent très rares. En d'autres points elles sont plus nombreuses, constituent même deux ou trois rangées superposées, mais elles ont subi des modifications de structure remarquables.

Leur noyau est très atrophié, réduit à un petit point ratatiné, quelquefois manque tout à fait; à sa place il persiste souvent un espace ovoïde, dans

lequel on voit quelquefois de petites granulations d'éléidine. Le protoplasma est également ratatiné, rétracté, détaché en un ou plusieurs points de la paroi cellulaire, et collé contre le reste de noyau, ou de l'espace qui représente l'emplacement du noyau disparu. Quelquefois le protoplasma est complètement disparu, et alors les cellules sont réduites à de larges espaces vacuolaires, dans lesquelles on distingue un vague réticulum et de nombreuses granulations d'éléidine, soit sous forme de blocs irréguliers, soit comme une fine poussière, soit enfin comme des points parfaitement ronds et brillants. La paroi cellulaire est très épaissie, à double contour. Le volume des cellules est très augmenté ; elles ont subi une sorte de gonflement, sont devenues ellipsoïdes ou sphéroïdales.

Les mêmes altérations existent sur une petite étendue, à l'extrémité de la couche granuleuse normale qui touche la lésion.

Au-dessus de la couche granuleuse ou de ses vestiges, nous retrouvons les mêmes « grains » que nous avons déjà signalés. Mais ils sont plus tassés, ils constituent des stratifications parallèles et ils ont subi une sorte d'aplatissement vertical, par pression réciproque ; le noyau est également devenu plus oblong et très pâle, mais il persiste dans presque toutes les cellules.

Ces colonnes cellulaires en s'élevant constituent les masses kératoïdes et la croûtelle qui caractérisent l'aspect clinique.

Région papillaire. — En certains points la membrane basale séparant l'épiderme des régions sous-jacentes est réduite à une minceur considérable, de sorte que l'état vacuolaire des cellules malpighiennes semble continuer l'aspect vacuolaire de la région papillaire. — Cet état vacuolaire est très marqué, produit d'une part par des dilatations vasculaires très nombreuses et d'autre part par des lacunes. — Les vaisseaux sont gorgés de globules rouges. Entre eux existe un tissu peu coloré strié de nombreuses fibres conjonctivo-élastiques et semé de cellules de forme et nature différentes :

1° Des lymphocytes en général autour des vaisseaux, mais également en dehors ;

2° Des cellules plus volumineuses à protoplasma ovalaire, à noyaux colorés, quelques-unes granuleuses ;

3° Des cellules à protoplasma irrégulier, émettant des prolongements dont quelques-uns s'allongent et se touchent ;

4° De nombreux globules rouges. L'ensemble rappelle le tissu muqueux. Dans la profondeur du derme, il existe des groupes vasculo-nerveux, au milieu desquels il semble que le filet nerveux ait une partie de ses fibres dépourvue de myéline.

Nous n'avons pas constaté de lésions des glandes sébacées et sudoripares, ni de modifications des tissus qui les avoisinent. De même, absence de parasites mycéliens ou autres.

En résumé, la lésion qui est analogue, par les altérations épidermiques, de celle observée dans la psorospermose folliculaire végétante par Darier, est à mettre en parallèle d'autre part avec les modifications produites dans le derme par des troubles nutritifs d'origine

vasculo-nerveuse, sans qu'on puisse conclure pathogéniquement à autre chose de positif qu'à un trouble profond dans l'évolution du processus de kératinisation normale, ce qui fait proposer par l'un de nous (Nicolau) pour cette affection le nom de « papillomatose dyskératosique » ou maladie de Darier.

M. Darier. — Dans la psorospermose folliculaire, il y a un groupe de trois lésions qui diffèrent des lésions typiques, lesquelles renferment des pseudo-coccidies. Ce sont : 1° des verrues planes du dos des mains ; on les observe dans presque tous les cas ; 2° des lésions unguéales, les ongles sont striés et cassants ; 3° enfin un état villeux de la langue.

En faisant récemment un relevé des cas publiés, j'ai trouvé le caractère familial et héréditaire de la psorospermose signalé avec une certaine fréquence, — sept ou huit fois, je crois. Bœck dans un cas a observé la maladie à la fois chez le père et chez deux de ses fils.

M. Leredde. — On vient de rappeler que la psorospermose peut être une maladie familiale et qu'il ne semble pas qu'elle soit une maladie parasitaire. Je veux dire sur ce point qu'il n'y a pas d'équation à établir entre maladie non parasitaire et maladie familiale. Une maladie parasitaire peut être une maladie familiale. Le fait est établi pour toute la série des tuberculides, du lupus tuberculeux jusqu'à l'angiokératome. D'après quelques recherches que j'ai faites, il semble qu'il existe des coxalgies tuberculeuses familiales et des adénopathies tuberculeuses familiales. Je prépare sur ce sujet important un travail que je me propose de publier bientôt.

Suite aux essais de radiothérapie, dans les affections pilaires (teignes, sycosis, folliculites) et les tuberculoses cutanées.

Par MM. Gastou, Vieira et Nicolau.

Nous avons déjà appelé l'attention de la Société sur les essais de radiothérapie faits d'après la technique du Pr Schiff (1), en nous servant des instruments de mesure sur lesquels M. le Dr Béclère a attiré l'attention ici-même.

Ces premiers essais nous avaient donné des résultats épilatoires rapides et complets dans un cas de favus et plusieurs cas de teignes.

Restait la question de savoir si la guérison serait persistante et la repousse des cheveux normale. L'observation et la présentation des malades traités montreront à la Société les avantages considé-

(1) Les cas qui font le sujet des trois premières observations ont été déjà présentés à la Société. Leur histoire détaillée se trouve donc résumée dans les comptes rendus de la séance du 4 juillet 1902 de la Société de Dermatologie. Nous nous contenterons de rappeler brièvement les points essentiels de ces observations. Ayant eu l'occasion de suivre les malades depuis la cessation du traitement jusqu'à présent, nous insisterons surtout sur les suites éloignées du traitement.

rables que l'on peut retirer de la radiothérapie appliquée avec méthode, c'est-à-dire avec des instruments de mesure de la quantité et qualité des rayons actifs et surveillée avec prudence.

Observation I. — *Sycosis de la barbe.* — D..., 45 ans, employé au chemin de fer. Nombreuses folliculites suppurées, avec profonde infiltration et induration périfolliculaire. L'examen bactériologique du pus nous montre le staphylocoque à l'état de pureté.

Commencement du traitement le 29 mai ; application des rayons tous les deux jours pendant dix minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule. La force de pénétration des rayons correspondait à la sixième division du radiochronomètre de Benoît ; longueur de l'étincelle équivalente à 15 centimètres.

L'intensité du courant employé, avec de légères variations journalières, a oscillé entre 25-30 volts, sous un régime de 5-6 ampères.

Après la onzième application, chute complète des poils ; les pustules se sont desséchées, la plupart ont disparu tout à fait ; l'infiltration et l'empâtement diffus de la région, qui existaient au début du traitement, disparaissent aussi petit à petit, la peau s'assouplit.

Après la treizième application le malade est guéri. A aucun moment, il n'a présenté la moindre irritation de la peau ou du tissu conjonctif souscutané.

Nous avons revu le malade le 23 août (cinquante-trois jours après la cessation du traitement). Les poils ont repoussé complètement et normalement sur toute l'étendue de la région traitée, sans repullulation de parasites, sauf sur le côté latéral droit du menton où on observe un groupe de 7-8 points de supuration périfolliculaire. On reprend le traitement, dans les conditions indiquées ci-dessus, en limitant son action juste à la région malade. Après la sixième séance, chute des poils malades, et dessèchement des pustules. On suspend le traitement.

Le malade est revu, pour la troisième fois, un mois et demi après. La repousse des poils est normale, l'état de guérison se maintient.

Obs. II. — *Trichophytie de la barbe.* — B..., 40 ans, maçon. Le malade présente des pustules, une infiltration diffuse de la région de la barbe et du cou à gauche et des placards de desquamation pityriasique dus au trichophyton ectothrix.

Le traitement est institué le 10 juin. Application tous les deux jours, pendant dix minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule des rayons X, dont la force de pénétration correspondait à la sixième division de l'appareil de Benoît, la longueur de l'étincelle étant égale à 15 centimètres. L'intensité du courant employé a varié entre 22-30 volts sous un régime de 4-5 ampères.

Les poils commencent à tomber après la deuxième séance. Après la cinquième, l'alopécie est totale, les pustules se dessèchent ; on observe une desquamation notable de la peau. — Après la huitième séance, l'examen des poils et des squames étant négatif au point de vue des parasites, on suspend le traitement.

Le malade est revu un mois et demi après. La repousse des poils sur

toute la région traitée est parfaite et normale, sans repullulation de parasites.

Obs. III. — *Teigne à petites spores.* — F..., 4 ans, chez ses parents. *Placard* de la dimension d'une pièce de cinq francs, occupant le sommet de la tête et datant de quatre mois.

On commence le traitement le 13 mai. Application tous les deux jours, pendant dix minutes, à 15 centimètres de l'ampoule, dont la force de pénétration correspondait à la sixième division du radiochromomètre Benoît, la longueur de l'étincelle étant égale à 15 centimètres. L'intensité du courant a varié entre 20-30 volts sous un régime de 3-6 ampères.

Après la neuvième séance, alopécie totale de la région traitée. On continue le traitement. L'examen microscopique des squames, pratiqué à plusieurs reprises, étant négatif au point de vue des parasites, on suspend le traitement le 5 juillet. La malade a eu, en tout, dix-neuf séances de traitement.

Afin d'être sûr que la guérison est définitive, nous avons tenu la malade en observation.

Trois semaines après la cessation du traitement, les cheveux ont commencé à repousser. Après deux mois la repousse est complète ; les cheveux ont la même couleur, ils sont aussi drus et résistants que dans le reste de la tête, de façon qu'à l'aspect du cuir chevelu, on ne saurait dire quelle a été la région traitée. L'aspect de la peau de la tête est normal ; il n'existe en aucun endroit des placards de pityriasis localisé. L'examen microscopique des cheveux, pratiqué plusieurs fois, et à intervalles plus ou moins éloignés, a toujours été négatif. Le dernier examen a été fait il y a cinq jours.

Nous nous croyons donc autorisés à considérer ce cas de guérison, suivi et contrôlé cliniquement et bactériologiquement pendant trois mois et demi, comme un cas de guérison définitive.

Obs. IV. — *Teigne à petites spores.* — G..., 7 ans. *Deux placards* occupant le vertex et la région occipitale, datant de trois mois.

On commence le 13 mai par traiter le placard du vertex. On lui applique tous les deux jours pendant dix minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule, les rayons X, dont la force de pénétration, comme dans les cas précédents, correspondait à la sixième division du radiochromomètre de Benoît, l'étincelle étant égale à 15 centimètres. Intensité du courant variant entre 20-30 volts, sous un régime de 3-6 ampères.

Alopécie complète après la huitième séance (le 3 juin). Le 26 juin, tout en continuant de traiter le placard du vertex, on commence aussi à traiter le second placard de la région occipitale.

On traite simultanément les deux placards jusqu'au 5 juillet, quand on suspend le traitement du placard du vertex, qui paraît guéri.

Le 8 juillet, pour cause de réparations, on est obligé d'arrêter le traitement. On ne le reprend que deux semaines après (25 juillet). La chute des cheveux, dans la région occipitale, probablement à cause de cette interruption du traitement, est plus tardive. Elle ne commence qu'après la seizième séance (16 août), et l'alopécie ne devient complète qu'après la vingtième séance. On continue le traitement dans les mêmes conditions

jusqu'au 7 octobre, quand on le suspend définitivement, gardant le malade en observation. En somme, ce malade a eu sur le placard du vertex dix-sept séances ; sur celui de la région occipitale, trente-cinq.

Pendant toute la durée du traitement nous n'avons pas observé de phénomènes d'irritation vive de la peau. Les seules modifications que nous avons pu noter, en dehors de l'alopécie, ont été une légère pigmentation et desquamation à larges squames ; la peau paraît plus mince, on dirait légèrement atrophiée.

Nous avons revu le malade plusieurs fois depuis la suspension du traitement. L'état de guérison se maintient. Actuellement les cheveux ont déjà repoussé sur la région du vertex ; la région occipitale est encore déglabrée. L'examen microscopique des cheveux de repousse et des squames, fait à plusieurs reprises, ne nous a pas permis de retrouver les parasites.

Nous nous croyons donc autorisés à affirmer la guérison du placard du vertex, que nous surveillons depuis trois mois, dont la repousse s'est faite dans des conditions normales, sans repullulation des parasites.

Le placard occipital, nous le considérons également comme guéri, mais nous ne pouvons pas encore nous prononcer définitivement, avant que la repousse des cheveux se soit faite, et avant d'avoir plusieurs fois examiné les cheveux nouveaux.

Obs. V. — *Teigne à petites spores.* — W..., 14 ans. Quatre placards. L'un occupe la région temporale droite, et mesure 6 centimètres de diamètre. Les trois autres, beaucoup plus petits, occupent le sommet de la tête et correspondent à la partie moyenne de la région interpariétale ; ces deux derniers placards sont impétiginisés, recouverts de croûtes assez épaisses. L'examen bactériologique nous indique, en dehors du microsporon, la présence du staphylocoque.

On commence, le 9 août, par traiter le placard de la région temporale. On fait tous les 2 jours pendant 10 minutes, à 15 centimètres de distance de l'ampoule, des applications de rayons X, dont la force de pénétration correspondait à la sixième division du radiochromomètre de Benoît, la longueur de l'étincelle étant égale à 15 centimètres.

L'intensité du courant employé a été celle employée dans les autres cas.

Après la septième séance (le 26 août) les cheveux commencent à tomber ; ils viennent par petites mèches à la moindre traction. Après la dixième séance la région traitée est entièrement déglabrée. Il n'y a pas de phénomènes d'irritation de la peau. On continue le traitement. Après la treizième séance la région se nettoie complètement, il n'existe plus aucune trace du placard teigneux. On n'observe aucune irritation de la peau. Mais, comme dans le cas précédent, elle est légèrement pigmentée et paraît plus mince, plus lisse, plus tendue, comme si elle était légèrement atrophiée.

En outre, dans ce cas, en explorant la sensibilité de la région traitée, nous avons constaté une légère hypoesthésie tactile à la douleur. Après la quinzième séance, on suspend le traitement de la région temporale que nous considérons guérie.

Le 23 septembre, nous commencons à traiter le placard du sommet de la tête. Le traitement est conduit dans les mêmes conditions que pour la

région temporale ; il faut néanmoins remarquer que les séances n'ont pas eu lieu régulièrement tous les 2 jours, le malade ayant suivi le traitement avec quelque intermittence. Après la neuvième séance les cheveux commencent à tomber, surtout autour des placards, alors que sur ceux-ci les croûtes d'impétigo les agglutinent. On continue le traitement. Actuellement, après 15 séances l'alopécie n'est pas encore complète. Les cheveux sont, il est vrai, très clairsemés, mais les croûtes ne se sont pas encore complètement éliminées, et à leur niveau il y a encore des cheveux agglutinés. Ces trois placards du sommet de la tête ne sont, par conséquent, pas encore guéris.

Il faudra continuer encore les applications jusqu'à ce que l'aspect de la région devienne normal. Ensuite on surveillera la repousse des cheveux pour voir si elle se fait dans des conditions normales et s'il n'y a pas de repullulation de parasites.

Obs. VI. — *Folliculites pustuleuses de la région pubienne et hypogastrique datant de 2 ans.* — B..., 22 ans (malade présenté à la Société par MM. Beaudoin et Gastou). On commence le traitement le 3 juin. On applique tous les 2 jours, pendant 10', à 15 centimètres de distance de l'ampoule, des rayons X, dont la force de pénétration correspondait à la sixième division du radiochromomètre de Benoist. La longueur de l'étincelle était de 15 centimètres. L'intensité du courant a varié entre 25-30 volts, sous un régime de 3 ampères.

Après la troisième séance, les pustules suppurent moins, et commencent en partie à se dessécher. Après la huitième séance (le 26 juin), les poils commencent à tomber. Après la onzième application la région est presque complètement déglabrée, les pustules existant déjà sont sèches ; il n'y a pas eu apparition de nouvelles pendant le traitement. Après la douzième séance on arrête le traitement, parce que la partie traitée est rouge et légèrement irritée.

Nous avons revu le malade, il y a quelques jours, c'est-à-dire 3 mois 1/2 après l'arrêt du traitement. Actuellement les poils ont repoussé normalement, sauf en deux ou trois points ; il s'est fait de nouveau quelques foyers pustuleux, très clairsemés et peu nombreux.

Obs. VII. — *Tuberculose de la peau, de l'index et du dos de la main gauche.* — P..., 45 ans, ménagère. Début de la maladie à l'âge de 20 ans, par un petit nodule occupant la peau de la face dorsale de la première phalange de l'index. Depuis 15 ans elle a été traitée à plusieurs reprises, par différents procédés : pointes de feu (ou galvanocautère), curetage, etc. L'amélioration, toujours de courte durée, était suivie de récidive à brève échéance. Petit à petit le placard s'est étendu, gagnant du côté de la main.

Au moment où nous avons institué le traitement par les rayons X, on constatait une infiltration diffuse, dans l'épaisseur de laquelle se détachaient de nombreux tubercules, infiltration qui occupait la peau et le tissu sous-cutané de la face dorsale de l'index et de la face dorsale de la main, comprise entre le premier et le troisième espace interosseux.

En haut elle s'étend jusqu'au voisinage de la région carpienne.

Le traitement est commencé le 22 mai, mais il n'a pas été suivi régulièrement. Il a subi trois interruptions : deux fois pendant 2 semaines, et une

fois pendant un mois. Ordinairement le traitement a été appliqué tous les 2 jours, dans les conditions suivantes : exposition de la région malade (les parties voisines étant protégées par une feuille de plomb), pendant 15 minutes, à 10 centimètres de distance de l'ampoule. La force de pénétration des rayons X correspondait à la sixième division du radiochromomètre de Benoist. La longueur de l'étincelle était de 15 centimètres. L'intensité du courant a varié entre 25-35 volts, sous un régime de 4 à 5 ampères.

Après une série de 10 séances, on commence à observer une amélioration ; l'infiltration est moindre, les tubercules sont moins nettement dessinés, et par ci, par là commencent à apparaître dans l'épaisseur de la peau des îlots et des bandes d'un tissu d'aspect blanchâtre qui est du tissu de sclérose. On continue le traitement dans les mêmes conditions. L'infiltration et les tubercules disparaissent de plus en plus, à mesure que le tissu de sclérose progresse.

Jusqu'à présent la malade a eu en tout 35 applications de rayons X. L'état de la région traitée est le suivant : il n'y a pas de cicatrice déprimée, mais par sa couleur gris blanchâtre elle tranche nettement sur l'aspect des régions voisines.

Au toucher, le tissu qui s'est substitué à l'infiltration tuberculeuse est de consistance dure, scléreuse ; au niveau de l'index il gêne les mouvements de flexion des phalanges, mais il n'existe pas une ankylose véritable.

Sur le dos de la main on observe encore quelques tubercules (4-5) dans la profondeur de la peau. Par conséquent la malade n'est pas encore complètement guérie, mais elle est considérablement améliorée. Nous allons continuer le traitement, et vu le résultat obtenu jusqu'à présent, nous pouvons augurer une prochaine guérison.

Obs. VIII. — *Lupus tuberculeux.* — N..., 32 ans, ménagère. Placard de la dimension d'une pièce de 5 francs, occupant la partie moyenne de la région maxillaire inférieure gauche. La maladie a débuté il y a 25 ans ; depuis longtemps elle reste stationnaire.

On commence le traitement le 29 mai, et on le conduit de la même manière que dans le cas précédent. Mais, pour des raisons que nous ne pouvons pas préciser pour le moment, le résultat a été de beaucoup moins favorable. La malade a eu en tout 40 applications de rayons X. La région traitée est sillonnée en différents sens par des bandes de tissu de sclérose, mais il persiste encore un grand nombre de tubercules. La malade n'habitant pas Paris, et ne pouvant plus suivre ce traitement, on a été obligé de compléter la guérison en attaquant le mal par la méthode destructive.

Ainsi qu'il résulte de ces huit observations, la radiothérapie a guéri six cas d'affections pilaires en un temps variant entre huit et trente séances, alors qu'elle a dans les mêmes conditions amélioré une tuberculose cutanée et peu modifié un lupus.

En résumé : L'application des rayons X avec une ampoule à osmo-régulateur placée à 15 centimètres de la partie malade isolée des régions saines par une lame de plomb, pendant une durée de dix à quinze minutes, tous les deux jours, avec un régime de 5 à

6 ampères sous 15 à 30 volts, le degré radiochromométrique étant de 5 à 6, l'étincelle équivalente de 15 centimètres, a entraîné : l'épilation en moyenne entre la huitième et la vingtième séance, la guérison entre douze à quarante applications, et la repousse s'est produite de trois semaines à deux mois après la cessation du traitement.

Si la même application, faite dans les mêmes conditions, n'a pas donné d'aussi bons résultats dans des cas de tuberculose et de lupus, cela tient très probablement à la nécessité de modifier la qualité, la quantité, la distance de l'ampoule à la partie malade, la durée et la fréquence des séances.

La variabilité des effets doit tenir également pour une grande part à la nature des lésions et à la résistance des tissus. Enfin, pour une même ampoule la qualité et la quantité des rayons varient d'une séance à la suivante, d'un jour à l'autre, peut-être même d'un instant au suivant pendant la même application.

Ce n'est probablement que par l'expérience que le mode d'action et la technique d'emploi de la radiothérapie seront ultérieurement fixés et ses indications et contre-indications établies.

Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite suppurative continue des mains.

Par MM. Hallopeau et Eck.

Nous avons communiqué à la Société, dans sa séance de juin, un cas de cette maladie qui a été rapidement guéri par l'application d'eau oxygénée. Nous avions espéré obtenir les mêmes résultats chez le malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui pour la seconde fois; il n'en a malheureusement rien été; cette médication a échoué ainsi que toutes les autres auxquelles nous avons eu recours, notamment celles par le naphtol camphré, l'huile phéniquée, le permanganate de potasse.

Nous vous demandons, à cette occasion, de vouloir bien nous permettre quelques nouvelles observations relatives à cette maladie.

On a reproché au type morbide que l'un de nous a décrit sous ce nom, de manquer de précision, d'être ce qu'on appelle vulgairement *flou*.

L'histoire de ce malade nous paraît répondre à cette accusation.

Depuis la séance où nous l'avons montré, en 1892, les altérations ne sont guère modifiées : elles sont toujours limitées aux deux mains et presque exclusivement à leur face palmaire; l'épiderme y est desquamé en larges lambeaux. On y voit de nombreux îlots d'infiltration purulente, les uns miliaires, d'autres en nappes plus ou moins étendues, à contours irrégu-

liers, souvent semi-circulaires ; ces nappes atteignent plusieurs centimètres de diamètre ; leurs contours sont très sinueux. A l'examen histologique, on y trouve surtout des staphylocoques blancs. Les parties ambiantes sont le siège d'une coloration d'un rouge pâle qui s'efface sous la pression des doigts.

Tous les ongles sont tombés et on voit sur leurs lits les mêmes larges îlots d'infiltration purulente que nous venons de signaler. Le pus se concrète partiellement en croûtes jaunâtres.

A droite, les matrices des ongles sont entièrement effacées et la peau des phalangettes n'est séparée du lit de ces organes que par un mince liséré correspondant à la cessation de l'épiderme au niveau de ces matrices. A gauche, ce sillon est plus marqué. Les altérations sont d'ailleurs très semblables de chaque côté.

Il n'y a pas de signes d'asphyxie locale.

On a successivement essayé comme agents thérapeutiques le permanganate de potassium, le naphtol camphré, l'eau oxygénée, l'eau boriquée, boratée et salicylée, l'huile phéniquée. Plusieurs fois il s'est produit des améliorations ; elles n'ont été que passagères et la maladie a repris son cours.

La partie postérieure de l'avant-bras droit est le siège d'une légère éruption psoriasique.

La langue est profondément sillonnée et porte les vestiges d'une syphilis ancienne, développée consécutivement à l'altération suppurative des mains.

Si l'on veut bien se repporter à notre description de 1892, on peut s'assurer qu'elle répond traits pour traits à celle que nous venons de tracer ; la seule différence porte sur les ongles qui sont tombés consécutivement aux profondes altérations dont ils étaient le siège à cette époque.

Ainsi donc, depuis vingt-quatre ans, ces suppurations continuent à se produire incessamment, avec des caractères identiques, dans les paumes des deux mains ; n'y a-t-il pas là un type morbide bien défini ? Nous ferons de nouveau remarquer, chez ce malade, l'absence de phénomènes d'asphyxie locale ; rien ne vient ici plaider en faveur de la théorie trophonévrotique admise par Vidal.

Heureusement pour ce malade, la peau des mains offre seule chez lui un milieu de culture favorable à la prolifération des staphylocoques. Nous rappellerons qu'il n'en est pas toujours ainsi et que, chez l'un des malades que l'un de nous a eu l'honneur de présenter à la Société, des altérations de même nature ont suivi une marche ascendante, et envahi la plus grande partie de la surface tégumentaire, constituant ainsi une forme d'infection purulente tégumentaire ; il ne s'agissait pas là de suppurations banales ; les foyers s'y étendaient en nappes ou en îlots aplatis, de configurations variables, dessinant en particulier des lettres de l'alphabet et offrant par là une frappante analogie avec la dermatite que M. Dubreuilh vient d'étudier sous le nom de *dermatite suppurative linéaire*.

Nous ajouterons que les formes eczémateuses de ces acrodermatites constituent également un type des mieux définis.

La raison d'être de ces déterminations pathologiques paraît être exclusivement la structure de la région; il résulte de l'épaisseur de l'épiderme que les agents pathogènes qui y pénètrent et qui y trouvent un bon terrain de culture deviennent inaccessibles à l'action des parasiticides; cela est vrai non seulement pour les agents phlogogènes des dermites suppuratives et des eczémas, mais aussi, comme l'un de nous l'a fait remarquer dans d'autres communications, pour les agents infectieux du psoriasis et de la syphilis; le psoriasis et les syphilides palmaires et plantaires sont, en effet, remarquables entre toutes par leur longue durée et leur résistance opiniâtre au traitement.

Sur une achromie limitrophe à des papules de lichen plan dans un cas d'hyperchromie tartrique.

Par MM. Hallopeau et Sourdille.

Depuis plus de vingt ans, l'un de nous a attiré maintes fois l'attention sur les achromies qui persistent autour de plaques éruptives chez des sujets traités par des topiques qui ont la propriété de colorer la peau saine; celles qui se produisent dans le psoriasis traité par l'huile de cade ou la chrysarobine ont de longue date frappé les observateurs. L'un de nous a établi que l'acide pyrogallique et l'icthyol ont la même action et il s'est assuré de plus que les papules syphilitiques réagissent à cet égard comme les placards psoriasiques.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter offre un nouvel exemple de ces achromies; il s'est produit dans des circonstances différentes puisqu'il s'agit d'une éruption de lichen plan et d'une hyperchromie d'origine tartrique.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de ces manifestations.

Pauline R..., âgée de 15 ans, est entrée le 21 octobre 1902, pour un lichen qui aurait débuté, il y a quatre mois, aux membres inférieurs, et qui s'est répandu peu à peu. Actuellement on trouve des éléments sur la face antérieure des deux avant-bras; à gauche, l'éruption ne remonte guère au-dessus de la saignée; à droite, elle remonte jusqu'à l'épaule. Il n'y a pas d'éruption sur les mains.

Dans toutes ces régions, les éléments sont nombreux, typiques : ce sont de petites papules, légèrement élevées, les unes d'un gris rosé, les autres blanchâtres ou opalines, parsemées de stries étoilées; sur beaucoup d'entre elles, on observe des dépressions punctiformes.

Elles ont une certaine confluence, mais elles restent isolées.

Sur l'épaule gauche, se prolongeant sur la partie supéro-latérale du thorax, il existe une vingtaine d'éléments de même aspect.

Sur la face postérieure, on trouve encore de ces éléments, mais beaucoup moins nombreux, sauf au niveau du coude, où ils sont assez rapprochés les uns des autres.

De même à droite, en haut du thorax et sur l'épaule, on trouve une éruption assez abondante.

Sur la région épigastrique et la paroi abdominale antérieure, il y a une éruption assez discrète, sauf au niveau de l'ombilic où elle forme un véritable cercle concentrique, avec irradiation en haut et à gauche.

En arrière, le dos est pour ainsi dire indemne ; on n'y trouve de papules qu'au niveau de la ceinture et sur les côtés seulement.

Sur la région lombo-sacrée, l'éruption est assez abondante, ainsi que sur la région fessière.

Aux cuisses, l'éruption, très peu abondante sur la face antérieure, y est considérable sur la face interne. Sur la face externe, les éléments sont rares.

Aux genoux, l'éruption est abondante, constituée par des éléments plus larges, ovalaires, ou arrondis, légèrement surélevés, rouges ; le plus grand nombre siège en dedans, et au niveau du pli de flexion.

Aux jambes, l'éruption siège surtout à droite de la région sous-rotulienne.

Les éléments sont disséminés un peu partout, très rares à la partie inférieure.

Au pied, de petites papules, ressemblant à celles de l'avant-bras, se trouvent au niveau des malléoles et sur la face inférieure.

Il n'y a pas de plaques éruptives dans la bouche.

La malade est soumise au traitement suivant : méthylarsinate disodique à l'intérieur ; pommade tartrique sur les jambes ; chrysarobine sur le bras droit ; permanganate au 300e sur le bras gauche.

Bientôt, les éléments s'affaissent peu à peu.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'autour des papules, d'un rouge livide, se dessine une zone blanchâtre, nettement dépigmentée, formant un anneau concentrique complet, qui varie d'un à plusieurs millimètres de largeur. Au niveau des éléments voisins, ces zones se confondent par leurs bords.

Autour de cette zone, la région périphérique présente une hyperpigmentation qui se perd insensiblement sur les régions voisines.

Dans les parties où les éléments sont pour ainsi dire guéris, en particulier à l'épaule droite, on ne voit plus qu'une large tache blanche, avec une papule rouge au centre, une peau hyperpigmentée autour d'elle.

Ces modifications se voient partout, aussi bien sur les papules traitées par la pommade tartrique ou la chrysarobine que sur celles qui ont reçu des applications de permanganate.

Ajoutons enfin que le permanganate paraît avoir produit une régression et un affaissement des éléments plus considérables que les autres agents.

Dans des publications antérieures, l'un de nous a cherché à élucider le mode de production de ces achromies ; il a éliminé, comme explication générale, une chute de l'épiderme au pourtour des

papules; on peut s'assurer qu'elle n'existe pas chez cette malade.

Il a été conduit à admettre que chaque élément éruptif exerce sur la zone dermique qui l'entoure immédiatement un trouble trophique, une sorte d'inhibition, qui l'empêche de prendre part à l'hyperchromie provoquée à distance et sur les éléments eux-mêmes par le topique modificateur.

Il résulte de notre observation que le lichen de Wilson peut se comporter à cet égard comme le font les plaques psoriasiques et syphilitiques et que les colorations provoquées par l'acide tartrique et aussi par le permanganate de potasse sont identiques à celles qui résultent de l'action de l'huile de cade, de la chrysarobine et de l'ichtyol ; il semble donc qu'il y ait là une règle générale pour toute les papules cutanées et pour toutes les substances colorantes; c'est une loi pathologique.

Nous insisterons, à propos de la malade que nous venons de présenter, sur ce fait que le permanganate de potasse, appliqué d'une manière permanente sur une partie des plaques éruptives, en solution au 300e, a eu une action curative plus efficace que la chrysarobine et la pommade tartrique; on obtient des effets encore plus rapides si l'on fait usage concurremment du même sel en solution au 50e pendant un quart d'heure; elle ne provoque pas d'altération des parties saines. C'est là une particularité qui mérite d'attirer l'attention, car l'on sait combien cette dermatose est souvent rebelle aux efforts de la thérapeutique.

Sur un cas de syphilides tertiaires tuberculo-ulcéreuses avec formation de bulles et altérations profondes des traits, et sur un cas de rupia syphilitique.

Par MM. HALLOPEAU et SOURDILLE.

Ce premier malade nous paraît digne d'intérêt en raison surtout des deux particularités qui sont mentionnées dans le titre de cette communication.

Nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit :

L..., âgé de 50 ans, est atteint d'une syphilis dont le début, d'après son récit, paraît remonter à 21 ans.

Il est venu il y a quatre ans dans le service pour une affection ulcéreuse du nez qui a guéri en six semaines sous l'influence d'un traitement par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

Il y a trois mois, une nouvelle ulcération s'est manifestée sur le côté droit de la lèvre supérieure; elle a envahi rapidement toute cette partie ainsi que la commissure.

Le malade a été soumis, dès son entrée dans la salle Hardy, à un traite-

ment par les injections de calomel, par l'iodure de potassium à la dose de 6 grammes par jour, et par l'application d'une pommade, d'abord au calomel, puis au salicylate de mercure.

Une amélioration s'est produite, mais les altérations étaient profondes et elles présentent encore aujourd'hui les caractères suivants :

La partie médiane du lobule du nez a contracté adhérence avec la lèvre sur une largeur de 12 millimètres ; il n'y a plus, à ce niveau, apparence de cloison. L'orifice de chacune des narines est rétréci et mesure, dans son plus grand diamètre dirigé transversalement, 3 millimètres à gauche et 5 millimètres à droite. A la partie externe de la narine droite il y a encore une ulcération miliaire. La moitié inférieure du nez est occupée par une cicatrice à contours serpigineux. Une cicatrice étoilée s'est formée audevant du sillon naso-jugal droit ; une cicatrice semblable occupe les parties voisines de la joue et s'étend jusqu'à la lèvre supérieure, ses contours sont serpigineux. Cette lèvre est profondément altérée : sa moitié droite n'est plus représentée que par une cicatrice adhérente à la partie supérieure des gencives, devenues découvertes, des deux incisives et de la canine droite. Au niveau de la première molaire, l'ulcération persiste, intéressant toute l'épaisseur de la lèvre et la gencive correspondante ; elle se continue vers la commissure ; elle est entourée par une cicatrice en forme de bride figurant une demi-ellipse d'où partent des traînées irradiant sur la partie voisine de la joue, rouge et tuméfiée.

A la limite de ce qui représente cette partie droite de la lèvre supérieure, on voit un soulèvement bulleux allongé transversalement sur une longueur de 8 millimètres sur 3 verticalement, rempli d'un liquide citrin.

Au-dessous de l'ulcération, la commissure présente une saillie végétante du volume d'un gros pois. La cicatrice elliptique s'étend jusqu'à un centimètre et demi en dedans de la commissure.

La moitié gauche de la lèvre supérieure n'est pas adhérente, ni tuméfiée ; elle est le siège, dans sa partie interne, d'une ulcération d'où sourdent des gouttelettes visqueuses. On voit sur son bord supérieur une cicatrice qui se continue avec celle de la joue.

La sensibilité paraît intacte.

Les aliments s'écoulent par l'ulcération labiale.

La production des bulles est un phénomène qui est bien exceptionnel dans la syphilis tertiaire, car il n'en est pas question dans le livre tout récent de M. Fournier ; faut-il la rapporter à l'action directe sur le tissu dermique des toxines spécifiques ? Ne doit-on pas plutôt invoquer une action trophonévrotique ? Nous devons dire que l'examen minutieux du malade, à ce point de vue, n'a donné que des résultats purement négatifs : il n'y a pas de troubles appréciables de l'innervation dans les parties atteintes, non plus que dans leur voisinage.

Les altérations qu'ont entraînées les ulcérations destructives et le processus de réparation sont des plus remarquables et également

exceptionelles ; il en est ainsi de la destruction complète de la partie inférieure de la cloison lobulaire et de l'adhérence qu'a contractée le lobule dans toute sa partie médiane avec la lèvre supérieure.

Il en est de même de la destruction de la plus grande partie de la moitié droite de la lèvre supérieure et de l'adhérence intime qu'a contractée la cicatrice cutanée avec les gencives qui font actuellement corps avec elle et en sont la continuité.

Dès que les infiltrations seront complètement résorbées, nous demanderons à l'un de nos collègues de chirurgie de vouloir bien réparer, dans la mesure du possible, par une autoplastie, ces graves outrages.

Cet autre malade est atteint de syphilides secondaires bulleuses ; elles sont beaucoup moins rares que les précédentes ; elles contribuent à caractériser une éruption d'un aspect tout particulier qu'il nous paraît légitime de continuer à différencier sous le nom aujourd'hui trop abandonné de *rupia*. Rayer, en effet, et après lui Bazin, ont désigné sous cette dénomination, employée auparavant sans signification précise, par Bateman et les dermatologues qui l'ont suivi, une croûte entourée d'une bulle qui en constitue la zone de progression excentrique. Par ce mode de développement, ainsi que par ses caractères cliniques, cette modalité éruptive ne doit pas être englobée simplement dans le vaste groupe des syphilides pustulo-bulleuses ou ulcéreuses : elle a sa physionomie, sa pathogénie et ses caractères propres ; nous demandons le maintien, dans la nomenclature médicale, du rupia syphilitique.

M. Barbe. — J'ai eu l'occasion d'observer, au mois de janvier 1901, un cas de syphilide bulleuse chez une jeune fille.

Cette éruption avait consisté en bulles multiples qui s'étaient montrées d'abord au cou, puis à la jambe gauche, ensuite à la face dorsale de l'avant-bras et de la main gauches, enfin à l'auriculaire droit où il y eut une seule bulle. Ces bulles furent suivies d'ulcérations assez profondes.

Vivant sur la foi de la plupart des auteurs qui n'admettent pas la syphilide bulleuse chez l'adulte, j'avais pensé tout d'abord à une éruption bulleuse d'origine nerveuse (par exemple : hystérique), puis à une éruption de nature tuberculeuse.

Mais l'examen complet de la malade, qui montra la présence de dents d'Hutchinson, m'avait fait porter le diagnostic de syphilide bulleuse et prescrire le traitement antisyphilitique, qui guérit rapidement l'éruption en donnant naissance à des cicatrices arrondies, nettement pigmentées à leur périphérie.

J'ajouterai que, dans ce cas, il s'était agi d'une manifestation bulleuse de syphilis héréditaire tardive, car la syphilis ne s'était manifestée qu'à l'âge de 21 ans. La malade, de plus, n'avait pas pris d'iodure.

J'ai fait quelques recherches dans les auteurs à propos de la syphilide bulleuse apparaissant chez l'adulte et je n'ai trouvé que deux cas dans

Alibert et deux cas dans Bassereau, tous survenus au cours d'une syphilis acquise.

M. A. Fournier. — Les observations de syphilis bulleuse qu'on trouve dans les anciens auteurs n'ont que peu de valeur, parce qu'on n'a pas toujours établi une distinction suffisamment tranchée entre les bulles et les pustules. Dans le sens précis de la terminologie actuelle, on peut dire que les syphilides bulleuses sont exceptionnellement rares ; le plus souvent, les lésions qu'on désigne sous ce nom ne sont autre chose que des éruptions bulleuses dues à l'iodure de potassium.

M. Hallopeau. — Chez mon malade, la bulle unique s'est localisée dans une néoplasie syphilitique; ce n'est pas ainsi que procèdent les éruptions iodiques ; il n'y a pas eu d'ailleurs, dans cette histoire morbide, de phénomènes d'iodisme.

Sur un cas d'ulcérations tuberculeuses multiples dans des cicatrices chirurgicales.

Par MM. Hallopeau et Sourdille.

Les caractères cliniques et les problèmes que soulève l'interprétation pathogénique de ces ulcérations nous paraissent mériter l'attention de la Société.

Gaston P..., âgé de trente-trois ans, est entré dans le service de M. Nélaton au commencement du mois d'août, pour un abcès ossifluent, du volume d'une orange, situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du bord spinal de l'omoplate droite. Au niveau de cet abcès, la peau est très amincie, mais ne paraît pas envahie par le processus suppuratif.

La douleur est vive ; le malade ne peut se coucher sur le dos, ne peut dormir ; sa température est élevée.

On pratique tout d'abord une ponction évacuatrice, suivie d'une injection d'éther iodoformé.

Quelques jours après, l'abcès s'est reformé et les douleurs ont augmenté.

On décide d'intervenir plus radicalement. On fait une incision au niveau de l'abcès, on le vide et on extirpe toute la coque tuberculeuse ; puis, pour traiter les lésions osseuses, on agrandit l'incision en bas, le long du bord interne de l'os, et en haut, en suivant l'épine de l'omoplate, jusqu'à l'acromion.

L'os est gratté, et les parties malades sont extirpées à la gouge aussi complètement que possible.

Un drain est placé à chaque extrémité et la plaie suturée complètement. La réunion se fait par première intention, peut-être un peu étalée et chéloïdienne ; seules, les extrémités ne se ferment que plus tard.

Le malade entre alors dans la salle Bazin. Il tousse un peu ; à l'examen de l'appareil pulmonaire, on trouve, à la percussion, une sonorité plus élevée sous la clavicule gauche ; le murmure vésiculaire est affaibli à droite ; l'expiration est un peu prolongée au sommet gauche. Les crachats ren-

ferment de nombreux bacilles de Koch. Le malade est très maigre et faible. Pourtant, il a repris un peu depuis l'intervention chirurgicale.

Tuberculisation de la cicatrice post-opératoire. — Cette cicatrice mesure 17 centimètres de longueur ; elle suit le bord interne de l'omoplate droite, et le bord postérieur de son épine; elle est large, de couleur rouge livide; on y voit la trace de points de suture multiples ; des ulcérations d'aspect tuberculeux s'y sont formées récemment. Elles sont, les unes arrondies, les autres allongées suivant la longueur de la cicatrice. On ne voit pas moins, aujourd'hui 27 octobre, de dix de ces pertes de substance; l'une d'elles atteint 10 millimètres de long sur 3 de large.

Leurs bords sont décollés, taillés à pic ; leur fond est recouvert d'un liquide purulent, épais et grisâtre.

Plusieurs d'entre elles sont groupées deux par deux. Au niveau de plusieurs des points de suture, on voit également des ulcérations persistantes qui ont les mêmes caractères.

Au niveau de l'un d'eux, il s'est formé une bulle qui s'est bientôt affaissée.

A la partie inférieure de la cicatrice, la peau est le siège d'un soulèvement ampullaire, rempli de pus, que l'on a ouvert. Ce pus, et celui des ulcérations, a été examiné après double coloration et a donné des résultats négatifs aussi bien au point des bacilles de Koch qu'à celui des microbes pyogènes.

Quant aux lésions osseuses, une collection est en voie de formation sur le bord spinal de l'omoplate, et la palpation révèle quelques points douloureux sur l'épine de cet os.

On a pratiqué l'inoculation du pus à deux cobayes, à la face interne de la cuisse, le 5 novembre.

Sous l'influence d'un traitement local par de l'ouate imprégnée d'une solution de permanganate de potasse au 300e, une notable amélioration s'est produite, une partie des ulcérations se sont cicatrisées, et les autres, moins profondes, paraissent pour la plupart en voie de réparation ; néanmoins, en raison des signes d'une altération persistante de l'os, une nouvelle résection va être pratiquée.

Malgré les résultats négatifs de la recherche des bacilles de Koch dans le pus de ces ulcérations, leur nature tuberculeuse ne paraissait pouvoir former l'objet d'un doute : leurs bords taillés à pic et non décollés, leur forme arrondie ou linéaire, et surtout leur développement dans une cicatrice consécutive à l'ablation d'un vaste foyer de tuberculose osseuse et sous-cutanée, permettaient de se prononcer sans réserve en faveur de ce diagnostic ; les résultats positifs des inoculations sont venus le confirmer.

Comment ont pu se produire ces infections secondaires? trois hypothèses peuvent être formulées : 1° l'apport, par la circulation, dans le tissu de cicatrice, de bacilles de Koch provenant du poumon ; 2° la contamination de la cicatrice par les bacilles expectorés; 3° l'infection de cette cicatrice par les bacilles contenus dans le foyer dont l'ablation a été pratiquée.

La première est bien invraisemblable, car il n'existe pas, chez ce malade, de signes de généralisation de la maladie et il n'y a d'autres localisations appréciables que celles des voies respiratoires et de l'épaule; il faudrait que des bacilles ayant pénétré dans le courant sanguin allassent se greffer dans ce tissu de cicatrice qui leur offrirait un terrain de culture plus favorable que les parties normales; cette interprétation ne pourrait être admise qu'en l'absence d'autres plus plausibles.

La contamination par les crachats est aussi peu probable, car les pansements ont été faits constamment avec soin et l'on ne concevrait guère la possibilité de ce mode d'infection; d'ailleurs, c'est consécutivement à la sortie du malade du service de chirurgie que ces altérations ont commencé à se produire, alors que la cicatrisation était complète et que par conséquent il n'y avait plus de portes d'entrée.

L'explication de beaucoup la plus acceptable est celle d'une infection directe de la peau, au niveau de la plaie chirurgicale et des points de suture, par le pus infectieux qui, au moment de l'opération, a dû nécessairement se trouver en contact avec ces parties. On s'explique l'apparition tardive des ulcérations par l'incubation que subit nécessairement le bacille tuberculeux avant qu'il ne puisse donner lieu à des altérations appréciables.

Cela doit être un fait très exceptionnel, car il n'en est pas fait mention dans le traité de Straus. Ces ulcérations offrent de l'analogie d'aspect avec celles de la tuberculose anale, bien que l'on n'y voie pas jusqu'ici de granulations miliaires.

La peau paraît présenter chez ce malade un terrain de culture médiocre au bacille de Koch; en effet, ces ulcérations de la cicatrice s'étendent linéairement, sans en franchir latéralement les limites, et celles des points de suture leur restent également circonscrites. Jusqu'ici, il ne semble pas devoir se produire secondairement une tuberculose lupique du voisinage.

Ces ulcérations sont exclusivement tuberculeuses; les microbes associés y font complètement défaut; il y aura lieu de les comparer, dans leurs caractères cliniques, avec les altérations de même nature que viennent compliquer des infections pyogéniques.

Gangrène cutanée hystérique.

Par MM. Balzer et Faure-Beaulieu.

Nous présentons aujourd'hui à la Société la suite de l'observation de la jeune hystérique affectée de gangrènes spontanées multiples, qui a été déjà rapportée dans les séances du 13 janvier 1898 et du 14 décembre 1899.

Depuis cette époque Jeanne V... est revenue plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis. Son observation a servi de base à une thèse intéressante de M. Le Gall (1), élève du service, à laquelle nous empruntons les détails suivants :

Jeanne V... revient à l'hôpital le 4 février 1900. Depuis trois ou quatre jours, elle ressentait de violentes douleurs de tête, sans siège bien précis. Le 4 février, apparut au milieu du front une plaque inflammatoire de la largeur d'une pièce de 5 francs, présentant une délimitation nette. Au milieu de cette plaque, se formèrent quelques éléments érythémato-bulleux, d'aspect blanchâtre, de forme et de grandeur variables.

5 et 6 février. — Les îlots blanchâtres s'étendent et semblent vouloir se réunir. La malade a des moments de céphalée intense, les paupières supérieures sont tuméfiées.

7 février. — La céphalée augmente d'intensité. Formation d'un point d'escarre.

8 février. — Céphalée. La tuméfaction des paupières augmente : la malade a peine à ouvrir les yeux.

9 février. — Syncope de dix minutes le matin ; une autre le soir. Nausées.

10 février. — Diminution de l'intensité de la céphalée et de la tuméfaction des paupières. L'escarre prend de plus grandes proportions.

11 et 12 février. — L'état général s'améliore, mais la malade a des vomissements.

13 février. — Recrudescence des accès de céphalée. L'escarre s'étend et se dessèche. Une hématémèse le matin et une autre le soir.

14 février. — Hématémèse abondante le matin, syncope d'un quart d'heure. La céphalée diminue. Vomissements.

15 et 16 février. — Plus de céphalée. Amélioration de l'état général. L'escarre commence à se détacher.

17 février. — L'état général est satisfaisant. L'escarre se détache de plus en plus.

18 février. — L'escarre est tombée.

Les jours suivants, plus de vomissements, plus d'hématémèses, plus de céphalée. L'appétit est revenu.

25 février. — La cicatrice commence à se faire.

Au mois de juin de la même année, Jeanne V... revint de nouveau, salle Lorry, avec des lésions semblables sur le front.

Elle entre une cinquième fois salle Lorry, le 3 décembre 1900, portant sur le dos de la main gauche une large plaque inflammatoire de forme à peu près circulaire, de 7 à 8 centimètres de diamètre, se recouvrant déjà d'îlots blanchâtres qui ne vont pas tarder à se réunir et à suivre l'évolution déjà décrite.

La malade a eu, pendant toute la fin de novembre, de gros ennuis qui l'ont beaucoup préoccupée et impressionnée ; de plus, à la suite de ces ennuis, son sommeil fut, pendant une nuit entière, troublé par une extrême

(1) Le Gall. Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique. *Thèse de Paris*, 1902.

agitation, par des cris inintelligibles. Deux ou trois jours après, la malade présenta un œdème de tout le bras gauche ; le lendemain, il se forme une plaque rouge sur le dos de la main, qui la fait entrer à l'hôpital. Il faut aussi noter que souvent Jeanne V... croit sentir des cancrelats lui courir sur tout le corps.

Nous remarquons que les nombreuses cicatrices qu'elle porte ont beaucoup diminué de grandeur depuis sa dernière sortie de l'hôpital. Celles qu'elle porte au front sont seules un peu saillantes. Celle du menton a pour ainsi dire disparu. Elles sont aussi moins rouges qu'auparavant et tendent à prendre la coloration des parties environnantes.

La malade, âgée maintenant de 26 ans, a quitté l'hôpital au mois d'avril, guérie ; toutes les plaques de gangrène étaient cicatrisées depuis longtemps.

Ici s'arrête l'observation de M. Le Gall. Depuis que sa thèse a paru, la malade a dû faire encore un séjour dans le service, et voici ce que nous avons constaté :

Elle a pu reprendre, aussitôt sa dernière sortie, son métier de cuisinière, et l'a continué jusqu'à l'apparition des accidents actuels. Elle se portait bien ; elle eut cependant quelques hématémèses et quelques épistaxis, mais pas une seule crise de nerfs.

Jeudi 2 octobre 1902, sans cause apparente, ni surmenage, ni choc moral, elle fut prise subitement, au milieu de son travail, d'un évanouissement ; elle resta environ une demi-heure sans connaissance, pas de cris, pas de mouvements convulsifs. Quand elle reprit ses sens elle resta une heure ou deux assez fatiguée, puis elle put reprendre son travail.

Le lendemain, vendredi 3 octobre, apparut sur la face externe de la cuisse droite, sans sensations subjectives prémonitoires, un grand placard d'un rouge intense, à contours irréguliers, vaguement arrondi, non saillant, mesurant environ 7 à 8 centimètres de diamètre. Il siégeait à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Pas de douleurs. Dès le début, se détachait sur le fond rouge de la lésion un petit piqueté de taches blanches grandes à peu près comme des têtes d'épingle ; elles grandirent peu à peu, puis se réunirent et, par leur confluence, finirent par former une large tache blanche occupant à peu près tout le placard érythémateux, ne laissant qu'une mince bordure périphérique rouge.

C'est seulement à partir du lundi 6 octobre que la douleur a commencé à apparaître, puis elle a augmenté, au point que la malade a dû cesser son travail hier mardi, 8 octobre, et entrer à l'hôpital.

Le dimanche 5 octobre, étaient apparues deux autres taches rouges, l'une sur la face dorsale du pied gauche, sur une ancienne cicatrice, l'autre sur tout le tiers inférieur du bras gauche. Évolution plus lente de ces deux plaques, surtout de la dernière.

Aucun trouble de l'état général. Pas de manifestations névropathiques spéciales.

État actuel, le 8 octobre 1902. — *Cuisse droite :* A l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la face externe, la lésion occupe une région à peu près circulaire, de 7 à 8 centimètres de diamètre. En allant de la péri-

phérie au centre, on observe plusieurs zones concentriques dans la lésion :

Première zone : Érythème avec rougeur légère disparaissant par la pression, de largeur variable (environ 1cm,05) ; mal limitée en dehors par un contour vague et irrégulier ; bien limitée au contraire et sans transition du côté de la deuxième zone ; la couleur rouge est plus vive en allant de dehors en dedans ; on y remarque quelques taches blanchâtres disséminées. — *Deuxième zone :* Blanchâtre ou plus exactement verdâtre, d'un vert d'eau très pâle ; contour extérieur assez irrégulier, contour interne plus régulièrement circulaire (1 demi-centimètre de diamètre). — *Troisième zone :* Vert foncé, d'un vert grisâtre ; au-dessous de la peau, on voit transparaître quelques arborisations vasculaires à peine visibles ; elle mesure 1 centimètre environ de diamètre. Limite extérieure très nette ; limite interne plus vague. — *Quatrième zone* (zone centrale) : Violette, marbrée, avec arborisations vasculaires beaucoup plus visibles et superficielles : en deux endroits, deux plaques brun foncé, l'une grande comme une pièce de 1 franc, l'autre comme une pièce de 50 centimes, où les veinosités sont beaucoup plus nettes, plus superficielles.

En promenant la pulpe du doigt de dehors en dedans, on sent, en passant de la zone blanchâtre à la zone vert foncé, un rebord assez saillant, d'ailleurs perceptible à la vue. En prenant la plaque entre deux doigts, on voit qu'elle a perdu de sa souplesse normale, mais dans des proportions modérées. Sécheresse absolue de la lésion.

Pied gauche : Au niveau d'une ancienne cicatrice rayonnée, normalement plus rouge que la peau environnante, on remarque d'assez nombreuses petites taches grisâtres de quelques millimètres de diamètre. Dans la moitié postérieure de la cicatrice, elles sont réunies, et par leur confluence forment une zone semi-lunaire dans laquelle il y a quelques marbrures noirâtres. Pas de douleur spontanément ni à la pression.

Bras gauche : Occupant tout le tiers inférieur de la face externe du bras, zone érythémateuse d'un rouge assez pâle disparaissant momentanément à la pression ; contours irréguliers et mal limités. De place en place, petites taches blanches, plus claires que sur les deux autres régions atteintes, qui, par endroits, forment des sortes de traînées irrégulières ; en d'autres, des plaques confluentes, l'une surtout, à contours géographiques, qui occupe l'angle supéro-antérieur de la plaque. Elle a à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs. A son milieu, on aperçoit une petite marbrure verdâtre de quelques millimètres de diamètre.

15 octobre 1902. — Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, ses plaques de gangrène ont été pansées au permanganate de potasse, à 1/1000.

Dès les premiers jours les deux taches brunâtres qui occupaient le milieu de la plaque gangrenée de la cuisse se rejoignent; puis la tache brunâtre ainsi formée grandit encore, et finit par occuper la presque totalité de la lésion, ne laissant plus qu'une mince bordure vert clair.

Les douleurs ont augmenté progressivement d'intensité : au bout de 2 jours la malade ne pouvait plus marcher du tout.

Aujourd'hui (15 octobre) les douleurs ont presque complètement disparu. Cela tient à ce que l'escarre a commencé à se détacher sur presque tout

son pourtour (elle est encore adhérente à la partie antéro-interne); l'écartement entre le bord de l'escarre et la peau saine est de 2 ou 3 millimètres; dans la partie périphérique, l'écartement atteint près d'un demi-centimètre; dans ce sillon qui sépare l'escarre de la peau saine, il y a un peu de pus légèrement fétide, mais l'escarre elle-même est sèche, sauf au milieu où un peu de liquide soulève une mince pellicule blanchâtre. L'escarre tout entière est brun noirâtre (de la couleur des deux taches du premier jour), avec arborisations vasculaires nettes et très superficielles.

23 octobre. — L'escarre, qui ces jours derniers s'était progressivement rétractée de façon à augmenter de largeur le sillon qui la séparait de la peau saine, s'est libérée ce matin. Elle est assez épaisse à sa partie centrale (6 ou 7 millimètres) de sorte qu'elle laisse une perte de substance assez profonde, dont le fond est rougeâtre, légèrement bourgeonnant, et recouvert d'un peu de pus. Elle comprend tout le derme et une partie du tissu cellulaire sous-cutané. Malgré la rétraction, son diamètre est de 7 centimètres environ.

5 novembre. — Depuis la chute de l'escarre, la plaie bourgeonne et se sépare régulièrement. Ces jours derniers la malade a eu de nouvelles hématémèses.

L'analyse de l'urine a été faite le 25 octobre 1902, par M. Averoin, et a donné les résultats suivants :

L'émission en 24 heures est un peu exagérée (2200^{cc}); densité faible (1010). Les matières fixes à 100° et les matières minérales correspondent à peu près à la densité.

L'urée est au-dessous de la normale (16 gr. 69).

L'acide urique est normal. Les chlorures sont en grand excès (17 gr. 69 en chlorure de sodium). Sulfates normaux. Phosphates en diminution très sensible (0,290) ; hypoacidité. Rapport azoturique normal ; coefficient de déminéralisation élevé.

Rapport chlorure de sodium, urée et rapport chlore — azote total, exagérés. Ni albumine, ni sucre, ni indican en présence sensible.

La forme de l'escarre, sa couleur au début, rappelant beaucoup ce qui s'observe dans les cas de gangrène causée par l'acide phénique, nous avons prié M. Averoin, interne en pharmacie du service, de rechercher la présence de cet acide. Il nous a remis à ce sujet la note suivante :

Recherche toxicologique de l'acide phénique dans l'escarre. — La pièce pèse 15 gr. 40. Technique opératoire (Chapuis, *Précis de Toxicologie*, Paris, 1889, p. 483).

La pièce ayant été convenablement divisée, a été délayée dans 150 centimètres cubes d'eau distillée, auxquels on a ajouté 50 centimètres cubes d'acide sulfurique pur. Le tout a été introduit dans un appareil distillatoire et distillé à feu nu et doucement jusqu'à obtention du tiers du volume total. Si la substance proposée contient de l'acide phénique, celui-ci a été entraîné par la vapeur d'eau dans la distillation.

Ce distillatum quoique odorant ne laisse cependant pas percevoir l'odeur d'acide phénique même à chaud. (L'odeur d'acide phénique est encore sensible dans une solution aqueuse à 1 p. 28000 à chaud.)

Pour isoler l'acide phénique et séparer toutes les substances volatiles qui peuvent masquer sa présence, on introduit le liquide distillé dans une

éprouvette étroite avec son volume d'éther, on agite pendant quelques instants, on laisse reposer. On décante la couche éthérée surnageante, on l'introduit dans une capsule de porcelaine et on évapore à 40 degrés.

Les réactions caractéristiques suivantes ayant été négatives, on peut *conclure à l'absence complète d'acide phénique :*

1° Par l'eau de brome, pas de formation de tribromophénol.

2° Par l'acide azotique, pas de formation d'acide picrique.

3° Réaction de Jacquemin : en présence d'hypochlorite de soude et d'une goutte d'aniline, pas de coloration bleue.

4° Pas de coloration avec les persels de fer.

L'escarre éliminée était cette fois beaucoup plus épaisse que celle que nous avons eu l'occasion de recueillir chez notre malade, car habituellement le sphacèle ne frappait pas le derme dans toute son épaisseur, tandis que cette fois le derme a été de beaucoup dépassé.

L'essai d'analyse chimique nous a empêché d'examiner l'escarre au microscope. Cet examen aurait offert d'ailleurs peu d'intérêt, car les lésions sont surtout intéressantes à étudier à leur début. Nous rappellerons ici brièvement les lésions signalées dans ces conditions par les auteurs les plus récents. Doutrelepont a observé une altération primitive du réseau de Malpighi, avec tuméfaction des cellules, formation de vacuoles dans les cellules dont le noyau devient transparent. Les cellules sont écartées les unes des autres par l'exsudat : dans le derme, les vaisseaux sont dilatés et leurs parois infiltrées de petites cellules. Les nerfs sont normaux. En somme, ce sont des altérations qui caractérisent la formation des bulles. Au début, il n'existe pas de bactéries dans celles-ci ; plus tard, on y trouve les microbes pyogènes.

Janowski et Mourek sont frappés de l'inflammation des couches profondes de la peau et de l'existence de périfolliculites qui s'étendent progressivement vers la surface libre de la peau. Il y a un œdème marqué avec élargissement des fentes lymphatiques surtout dans la portion réticulaire, et cet œdème précède la gangrène.

D'après ce que nous avons observé chez notre malade, dans les divers séjours qu'elle a faits à l'hôpital Saint-Louis, la formation des bulles a été toujours assez rudimentaire, même au début des lésions; pourtant il nous est arrivé de constater de bonne heure le décollement de l'epiderme, avec formation d'une quantité de liquide séreux sous-épidermique presque inappréciable. En revanche, les lésions érythémateuses et œdémateuses au niveau des placards et même à distance ont toujours été très accusées et ont été marquées à un haut degré dans la dernière atteinte dont nous avons été témoins.

Nous ferons remarquer l'importance des divers troubles qui ont escorté le développement des plaques de sphacèle et leur évolution :

hématémèses, vomissements, crises d'évanouissement ou de lipothymie prolongées, amaigrissement et affaiblissement rapides troubles de la sécrétion urinaire.

Iodisme grave, conjonctivite catarrhale intense à bacilles de Weeks à la suite de l'ingestion de faibles doses d'iodure de potassium.

Par MM. Balzer et Faure-Beaulieu.

Col..., âgé de 53 ans, garçon d'hôtel, entre le 17 octobre 1902, à l'hôpital Saint-Louis, salle Devergie, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Père mort, âgé, de pneumonie. Mère morte de maladie inconnue. Un frère mort de pneumonie.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. A 17 ans, scarlatine qui paraît avoir été assez grave (il serait resté 15 jours dans le délire, ne reconnaissant personne); il ne peut dire si à ce moment il a eu de l'albuminurie et de l'anasarque. A 24 ans, blennorrhagie compliquée d'orchite simple. Il nie avoir eu la syphilis. Depuis 15 ans il exerce la profession de garçon de café qui lui a donné l'occasion de quelques excès éthyliques.

Il a depuis longtemps des varices des membres inférieures, qui plusieurs fois ont éclaté, nécessitant chaque fois un séjour à l'hôpital. Depuis environ 4 ans, chaque fois qu'il s'est un peu surmené, ses chevilles et ses jambes enflent; depuis la même époque il est sujet à des essoufflements. Il n'indique pas d'autres signes subjectifs de brightisme.

Il y a 15 jours, à la suite de surmenage, l'œdème des jambes est plus considérable que de coutume, il dépasse les genoux, envahit les cuisses, le scrotum, le tronc, puis les membres supérieurs ou la face; en même temps, oppression croissante. C'est pour ces symptômes que le malade entre à l'hôpital le 17, dans l'après-midi.

État le 18 octobre. — Anasarque généralisée, respectant cependant la face. Œdème blanc, dépressible sur les membres inférieurs, beaucoup plus dur et tendu sur les membres supérieurs, qui de ce fait sont très douloureux. Oppression extrêmement accentuée. Râles de bronchite dans les deux poumons du haut en bas. Aux deux bases pulmonaires, signes d'hydrothorax double très léger. Au cœur, bruit de galop.

Dans les urines, qui sont rouges, troubles, peu abondantes, quantité considérable d'albumine. Pas de sucre.

Traitement : régime lacté, eau-de-vie allemande, repos absolu, ventouses dans le dos.

20 octobre. — Légère amélioration. Sur un soupçon de syphilis antérieure possible, on prescrit de l'iodure de potassium à petites doses.

23 octobre. — Le malade a pris, le 21 octobre, 50 centigrammes d'iodure; le 22, 1 gramme. Les deux yeux sont rouges, les paupières tuméfiées ; sensation de picotement. Coryza. On supprime l'iodure. Hier soir, 38°,6 dans l'aisselle.

24 octobre. — La conjonctivite a fait des progrès énormes depuis hier : il y a une exophtalmie très accusée avec tuméfaction des globes oculaires; un chémosis très intense, les conjonctives sont très œdématiées, formant un

bourrelet très injecté de sang entre les bords libres des paupières ; la cornée est intacte. L'œil est complètement immobilisé, enclavé, et le malade ne peut suivre du regard les objets. Les paupières sont très rouges, extrêmement tuméfiées, comme dans la conjonctivite blennorrhagique, le malade ne peut les écarter. La conjonctive sécrète un liquide séro-purulent qui agglutine les paupières et les cils. La tension oculaire est normale, les globes sont souples; la vue est conservée, mais très diminuée. Douleurs très intenses. M. Lance, interne de l'hôpital et spécialiste en oculistique, est consulté et croit qu'il s'agit d'une conjonctivite avec bacilles de Weeks. On fait des frottis sur lamelles avec le liquide séro-purulent et l'examen microscopique montre, en effet, des bacilles courts et grêles disposés en amas extrêmement abondants, tantôt dans les cellules, tantôt en dehors des cellules. Quelques cocci.

Traitement : toutes les deux heures, lavage au sublimé à 1/5 000 ; une fois par jour, attouchements au nitrate d'argent à 1/500. Sangsues sur les tempes.

25 octobre. — Pas d'amélioration. Même immobilité des globes oculaires, les conjonctives sont bien plus injectées de sang, d'un rouge vif uniforme. Les douleurs sont toujours aussi vives. La cornée paraît toujours intacte ; on constate sur la cristalloïde antérieure de l'œil gauche une légère opacité centrale.

D'autre part, les symptômes généraux ont diminué; l'œdème est moins marqué, la dyspnée tend à disparaître; les signes d'engorgement pulmonaire ont également rétrocédé. Le coryza a beaucoup diminué.

Il y a encore de la fièvre : hier soir 38°, 2, aujourd'hui 37°, 6. Même traitement.

26 octobre. — Légère amélioration du côté des yeux, les douleurs sont moins vives, les paupières un peu moins gonflées; mais la conjonctive est toujours œdématiée et enflammée.

27 octobre. — Amélioration plus marquée. La conjonctive devient un peu plus pâle ; le malade peut faire quelques mouvements des globes oculaires, mais leur excursion est encore très limitée. Le malade distingue mieux les objets qu'on lui présente. Sur les cornées on voit à la périphérie une mince bordure opaque d'un demi-millimètre à peine de largeur, n'occupant que le segment inférieur de la circonférence de la cornée.

Il n'y a plus de dyspnée. Encore quelques râles de bronchite. Cette amélioration a nettement coïncidé avec une augmentation très notable dans la quantité des urines et avec une diminution très accusée de l'albuminurie.

28 octobre. — L'amélioration continue; les mouvements des yeux sont plus étendus, les douleurs moindres, le chémosis a beaucoup diminué. Il y a maintenant de la polyurie (3 et 4 litres) et l'urine ne contient presque plus d'albumine. L'œdème diminue aussi tous les jours.

6 novembre. — État très satisfaisant, les yeux ont à peu près repris leur aspect normal. L'état général est également en voie de grande amélioration.

Il est fréquent d'observer une conjonctivite légère accompagnant le coryza iodique; c'est ce qu'on appelle le catarrhe oculo-nasal

iodique. Il est plus rare d'observer une conjonctivite intense avec chémosis. M. Fournier l'a observée plusieurs fois et la signale notamment dans cette forme d'accidents sérieux qu'il a désignée sous le nom de grippe iodique. Il se produit dans ces cas de la bouffissure du visage, de l'œdème des paupières, de la conjonctivite parfois avec chémosis. Mais il ne signale pas d'accidents aussi intenses que ceux que nous avons observés chez notre malade, à savoir : exophtalmie telle que les paupières ne pouvaient recouvrir complètement les globes oculaires, immobilisation de ceux-ci, tuméfaction énorme des conjonctives bulbaires formant un repli saillant entre les paupières, œdème rouge des paupières aussi intense que dans l'ophtalmie blennorrhagique, enfin suppuration séreuse abondante, diminution très notable de la vue, cornée menacée d'opacité commençante.

Cette exceptionnelle gravité ne peut s'expliquer que par l'état antérieur de notre malade, par la néphrite avec albuminurie abondante et oligurie, par l'anasarque généralisée et par l'œdème du tissu cellulaire de l'orbite, œdème qui a été encore exagéré au moment où la fluxion iodique s'est produite du côté des muqueuses nasale et oculaire. C'est à l'iode qu'il faut rapporter cette fluxion énorme et tous les phénomènes dérivant de l'exophtalmie, notamment cet enclavement des yeux et ces troubles de la vue si remarquables chez notre malade. Quant à la suppuration, elle a été causée surtout par le bacille de Weeks, très fréquent dans les conjonctivites catarrhales, et dont la présence accidentelle a donné une acuité particulière à la fluxion causée par l'iode sur la conjonctive oculaire de notre malade. Sa germination trouvait là des conditions exceptionnellement favorables.

Cette infection de l'œil a dû contribuer aussi à prolonger la durée des accidents. Chez notre malade, en effet, ils prennent dès la prise de la dernière dose d'iodure de potassium, le 22 octobre, une acuité très grande qui s'accentue encore le 23 et le 24, bien qu'on ait cessé de donner le médicament. L'amélioration, malgré les soins locaux, ne se dessine bien que le 26 octobre, bien que ces soins locaux aient déjà diminué la suppuration. Cette lenteur est assez rare dans les phénomènes d'intolérance iodique. On les voit presque toujours s'amender dès que le médicament n'est plus administré. S'ils ont persisté chez notre malade, c'est parce qu'ils étaient favorisés par les conditions locales, œdème du tissu cellulaire de l'orbite, exophtalmie, infection par le bacille de Weeks, et d'autre part, favorisés sans nul doute par l'état des reins et par l'insuffisante élimination qui résultait de la néphrite. En effet, comme nous l'avons dit, l'amélioration ne s'est franchement accusée qu'à partir du moment où l'émission des urines est devenue plus abondante, et où l'albuminurie a subi une diminution considérable.

Cette observation nous paraît comporter une conclusion pratique, celle de ne prescrire l'iodure de potassium aux albuminuriques, lorsqu'on le juge indiqué, qu'avec une extrême prudence et avec des petites doses d'essai. Il vaut mieux même s'en abstenir, tant que le malade est oligurique, et ne commencer l'essai que lorsque la quantité d'urine est au moins à peu près normale.

Seconde note sur les mesures exactes en radiothérapie.

Par M. Béclère.

Au commencement de l'année, vous avez bien voulu accueillir avec intérêt la note que je vous ai présentée sur les mesures exactes en radiothérapie (1). L'importance de la question et les progrès tout récemment réalisés dans ce domaine m'autorisent à vous reparler, après quelques mois seulement, du même sujet.

Comme vous le savez, l'action des rayons de Röntgen sur les téguments dépend essentiellement de deux facteurs, la *qualité* et la *quantité* des rayons auxquels les téguments sont exposés.

Je vous ai décrit et présenté les trois instruments d'invention française qui permettent de faire varier à volonté et de déterminer exactement la qualité, c'est-à-dire le pouvoir de pénétration des rayons de Röntgen. Ces instruments sont, je vous le rappelle, l'ampoule à osmo-régulateur de Villard, le spintermètre et le radiochromomètre de Benoist.

Je vous soumettrai aujourd'hui la méthode et l'instrument imaginé par le docteur Holzknecht, de Vienne, pour le dosage exact de la quantité de rayons absorbée par la peau, au cours des opérations radiothérapiques. Cette méthode et cet instrument ont été présentés par leur inventeur, il y a deux mois, à Berne, devant le deuxième Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales (2). A l'issue du Congrès, j'ai été à Vienne étudier *de visu* leur mode d'emploi sur les malades. Là j'ai reçu du docteur Holzknecht et surtout du docteur Kienböck, son prédécesseur et son guide dans la voie de la radiothérapie scientifique, de précieux enseignements; ils m'ont été donnés, j'ai plaisir à le redire ici, avec la plus confraternelle libéralité.

Au Dr Robert Kienböck revient le mérite d'avoir démontré dans une série d'essais thérapeutiques sur l'homme et de recherches

(1) Société française de Dermatologie, séance du 9 janvier 1902.

(2) Guido Holzknecht (de Vienne). Méthode nouvelle et simple de dosage en radiothérapie (le chromoradiomètre). IIe *Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales*. Berne, séance du 4 septembre 1902, et *Wiener klinische Rundschau*, 1902, n° 35.

expérimentales sur les animaux (1) que, pour une même qualité de rayons de Röntgen, *le degré d'intensité de la radiodermite dépend essentiellement de la quantité de rayons qui frappe la peau, c'est-à-dire, en somme, de la quantité de rayons absorbée par la peau.*

Il est donc, en radiothérapie, de la plus haute importance d'évaluer aussi exactement que possible la quantité de rayons qui atteint une région déterminée de la peau, mais jusqu'à la récente invention du Dr Holzknecht, c'était une tâche très difficile, pour ne pas dire impossible. La quantité à évaluer dépend en effet de facteurs très nombreux qui ne sont pas tous mesurables.

La distance de la peau au foyer d'émission des rayons, c'est-à-dire à l'anticathode, constitue, parmi tous ces facteurs, celui dont la détermination présente le moins de difficultés et le plus de précision. On sait que l'action des rayons de Röntgen, comme celle de la lumière, comme celle de la chaleur, varie en raison inverse du carré de la distance. Par conséquent, avec une ampoule dont le fonctionnement ne varie pas, si la peau reçoit à une distance déterminée de l'anticathode, une certaine quantité de rayons, elle en recevra, pendant le même temps, quand la distance deviendra double, une quantité quatre fois moindre et, quand la distance deviendra triple, une quantité neuf fois moindre.

Un second facteur qui n'est pas moins important, mais dont l'évaluation présente déjà un peu plus de difficulté, c'est l'angle sous lequel les rayons incidents rencontrent la peau. Pour une même distance, la quantité de rayons absorbée décroît à mesure que les rayons frappent la peau plus obliquement, à mesure que l'angle d'incidence devient plus obtus.

Rigoureusement, pour que tous les points d'une région déterminée de la peau puissent absorber exactement la même quantité de rayons, il faudrait que cette région, de forme excavée, représentât une portion de la surface d'une sphère dont l'anticathode serait le centre. Il n'en est guère ainsi dans la pratique où les surfaces exposées à l'action des rayons de Röntgen sont plutôt planes ou convexes. Aussi la quantité de rayons absorbée va-t-elle en décroissant à mesure qu'on s'éloigne du pied de la perpendiculaire abaissée de l'anticathode à la surface de la peau ; elle décroît d'autant plus vite que la distance de l'anticathode à la peau et que

(1) R. Kienböck. De l'influence des rayons de Röntgen sur la peau. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1900, nº 50.

Sur la pathologie des altérations de la peau, chez l'homme et chez les animaux, ous l'influence des rayons de Röntgen. *Wiener medizinische Presse*, nº 19, 1901.

Technique de la radiothérapie. 73e *Assemblée des médecins et naturalistes allemands*, Hambourg, 26 septembre 1901.

l'angle d'incidence des rayons augmentent plus rapidement; elle décroît donc plus vite, à la périphérie du point d'incidence normale, pour une surface convexe que pour une surface plane et décroît beaucoup plus vite aussi lorsque l'ampoule est très voisine de la peau que lorsqu'elle en est plus éloignée.

La durée de l'exposition constitue un troisième facteur dont l'évaluation n'est pas aussi simple qu'il pourrait sembler à première vue. Ce qui importe, en effet, ce n'est pas la durée totale de l'exposition, mais seulement la durée vraiment efficace, en d'autres termes le nombre des émissions de rayons de Röntgen dont l'ampoule est le siège en un temps donné. Quand on fait usage de la bobine d'induction, ce nombre dépend évidemment du nombre des interruptions du courant primaire, mais il est cependant très différent de ce dernier, puisqu'il est démontré que chaque décharge secondaire de la bobine d'induction se décompose en une série discontinue de décharges partielles et donne ainsi naissance non pas à une émission unique, mais à toute une série d'émissions successives de rayons de Röntgen. Il est d'ailleurs assez malaisé dans la pratique, surtout avec les interrupteurs rapides en usage aujourd'hui, de compter combien de fois par seconde ils interrompent le courant primaire.

Vient ensuite toute une série de facteurs que je me contente d'énumérer : le mode de construction de la bobine, son coefficient de self-induction, le rapport des nombres de tours du fil primaire et du fil secondaire, le genre d'interrupteur employé, son mode de fonctionnement, la capacité du condensateur, enfin le voltage du courant primaire et son intensité au moment de l'interruption. Tous ces facteurs influent sur la quantité de rayons émise par l'ampoule et on sait dans quel sens agit chacun d'eux. Au moyen des ampèremètres et voltmètres à aimants permanents qui donnent l'intensité et le voltage moyens du courant primaire, il est même très facile de mesurer pour une bobine alimentée par un courant continu l'énergie électrique qu'elle absorbe, mais il n'existe actuellement aucun moyen d'en déduire l'énergie utile qu'elle fournit; en d'autres termes, il n'existe actuellement aucun moyen de mesurer son rendement. Deux bobines semblables, alimentées par des courants primaires, de même voltage et de même intensité, synchroniquement interrompus mais avec des interrupteurs différents ou des condensateurs d'inégale capacité, ne produisent nullement dans la même ampoule la même quantité de rayons.

Dans ces conditions, on voit que, jusqu'en ces derniers temps, s'il était facile de déterminer la qualité des rayons frappant la peau, il était, par contre, tout à fait impossible d'en mesurer exactement la quantité. Le médecin désireux de pratiquer la radiothérapie conservait, il est vrai, la ressource d'opérer toujours dans des conditions

identiques, sans rien changer à l'état de ses instruments et à leur mode de fonctionnement. Il possédait ainsi un foyer radiogène d'une puissance à peu près invariable pour une distance déterminée de l'ampoule à la peau et parvenait, après une longue pratique, aidée de l'expérimentation sur les animaux, à établir les durées diverses d'exposition correspondant aux divers degrés de réaction cutanée. Il pouvait comparer entre elles ses propres observations, exprimer en fonction du temps la dose employée dans chaque cas et reconnaître par exemple que la destruction d'un tissu lupique exigeait une dose deux fois plus forte que l'épilation simple, parce qu'elle nécessitait une exposition deux fois plus longue. Mais les faits publiés de divers côtés demeuraient sans commune mesure et la majorité des médecins ne pouvait profiter de l'expérience laborieusement acquise par quelques chercheurs. L'absence d'un procédé de dosage exact et facile, tel est sans doute le principal obstacle qui s'est opposé à la diffusion de la radiothérapie.

Le docteur Holzknecht, de Vienne, à qui on doit déjà de très remarquables travaux dans le domaine du radio-diagnostic, s'est efforcé de combler cette lacune. Prenant pour base de ses recherches la loi de Kienböck, que *le degré de la réaction dépend essentiellement de la quantité de rayons absorbée par la peau*, il s'est appliqué à mesurer directement cette quantité en faisant fort justement remarquer que, s'il devient possible de l'évaluer, peu importe au fond de connaître les divers facteurs dont elle est la résultante.

Le photographe désireux, dans le tirage de ses épreuves, d'atteindre et de ne pas dépasser un degré d'exposition déterminé, emploie un papier témoin capable de noircir à la lumière ; il arrête l'opération quand ce papier, comparé à une échelle de teintes servant d'étalon, est précisément parvenu à la teinte choisie. A son exemple, le docteur Holzknecht a cherché une substance capable de se colorer sous l'influence des rayons de Röntgen pour la placer sur la peau, au voisinage de la région à traiter, pour mesurer, d'après son degré de coloration, la quantité de rayons absorbée et pour arrêter l'opération aussitôt que la quantité choisie est obtenue.

Goldstein, de Berlin, avait découvert que certains sels se colorent sous l'influence des rayons cathodiques, tandis que leur phosphorescence diminue. Ainsi le chlorure de sodium se colore en jaune, le bromure de potassium en bleu. Ces colorations disparaissent avec le temps, lentement à l'obscurité, rapidement à la lumière du jour, surtout avec l'aide d'une élévation de température. Par exemple, le bromure de potassium devenu bleu reste tel dans l'obscurité pendant plusieurs mois, tandis qu'à la lumière ordinaire il redevient blanc en quelques jours, et qu'à la température de 90e quelques minutes suffisent pour effectuer le retour à l'état normal.

Le docteur Holzknecht a étudié sur les mêmes sels l'action des rayons de Röntgen et trouvé que cette action est tout à fait comparable à celle des rayons cathodiques (1). La principale différence, c'est que les rayons cathodiques, ne pénétrant pas les cristaux à plus de quelques centièmes de millimètre en profondeur, en colorent seulement la surface, tandis que les rayons de Röntgen qui les traversent dans toute leur étendue en colorent la masse tout entière. L'intensité de la coloration, pour une épaisseur déterminée de ces sels, est proportionnelle à la quantité de rayons absorbée. Le docteur Holzknecht a découvert de plus que deux de ces sels, après fusion, dissolution mutuelle et refroidissement, se colorent autrement qu'à l'état de mélange pulvérulent.

Après avoir soigneusement étudié ce pouvoir de coloration des rayons de Röntgen, le docteur Holzknecht en a fait le principe d'un instrument de mesure qu'il appelle le *chromoradiomètre*; d'ailleurs, il ne donne pas la formule de la solution saline employée à sa confection.

Le chromoradiomètre d'Holzknecht, destiné à évaluer la quantité de rayons de Röntgen absorbée par la peau ou d'autres substances, prend place à côté du radiochromomètre de Benoist qui mesure la qualité des mêmes rayons. Les indications données par ces deux instruments concourent au dosage exact en radiothérapie, comme les indications données pour le voltmètre et l'ampèremètre concourent à la mesure des courants électriques.

Le chromoradiomètre d'Holzknecht que je vous présente se compose de deux parties : 1° une série de réactifs isolés; 2° une échelle graduée qui sert d'étalon.

Chaque réactif consiste en sels colorables par les rayons de Röntgen, incorporés dans une substance transparente, et contenus dans un petit godet. C'est ce godet qu'on place, au cours des opérations radiothérapiques. sur la peau du patient, tout au voisinage de la région à traiter, de manière à ce qu'il reçoive et absorbe la même quantité de rayons que celle-ci. Ainsi pour chaque nouveau cas à traiter, on fait usage d'un nouveau réactif; le carton sur lequel est fixé le godet de sels colorables est destiné à recevoir les notes concernant le malade

L'échelle graduée est formée de douze godets du même genre, enfermés dans une boîte qui les préserve de la lumière et présentant une coloration bleu-vert dont l'intensité s'accentue graduellement d'un bout à l'autre de la série. A chaque degré de l'échelle se trouve un chiffre qui indique la quantité de rayons absorbée, d'après une

(1) Guido Holzknecht. Sur les colorations consécutives à l'action des rayons de Röntgen. *Société allemande de physique*, 24 janvier 1902.

unité que l'inventeur a choisie, et que, sans la définir, il désigne par la lettre H.

La règle générale pour l'emploi de cet instrument est de placer dans chaque cas un réactif tout au voisinage de la région à traiter et d'interrompre de temps en temps l'irradiation dans le but de comparer la coloration du réactif à l'échelle qui sert d'étalon, jusqu'à ce qu'il ait atteint précisément le degré de coloration désiré. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de l'obtenir en une seule séance; mais, en attendant une séance nouvelle, il faut conserver dans l'obscurité le réactif qui vient d'être employé. On doit savoir que si la première et la dernière séance sont éloignées de plus de cinq jours, il convient d'atteindre une coloration un peu plus intense, parce que dans l'intervalle la peau a eu le temps de se remettre en partie des impressions encore invisibles qu'elle a reçues des rayons de Röntgen.

Quant à la quantité de rayons qui doit être absorbée dans chaque cas particulier, elle est essentiellement variable. Elle varie en effet suivant l'âge du sujet, suivant la région de la peau, suivant que cette région présente ou ne présente pas de phénomènes inflammatoires, suivant la nature du processus pathologique dont elle est le siège et suivant qu'on se propose de l'irriter très légèrement, de la dépiler ou de détruire les productions morbides qu'elle contient.

Les avantages de cette nouvelle méthode de dosage sont si évidents qu'il suffit de les brièvement énumérer. Par sa sûreté, la facilité de son apprentissage et de son maniement, elle met la radiothérapie à la portée de tous les médecins qui s'occupent des affections cutanées et de leur traitement. Par la possibilité qu'elle donne d'atteindre rapidement et de ne pas dépasser la dose thérapeutique, elle abrège la durée des cures à l'aide des rayons de Röntgen et réduit au minimum les risques de divers genres que ces cures entraînaient pour les malades et pour les médecins à la fois. Enfin, grâce à la comparaison qu'elle permet entre les observations de toutes provenances et à la commune mesure qu'elle leur fournit, on peut prédire que la radiothérapie lui devra ses futurs perfectionnements. C'est seulement avec son secours qu'on pourra déterminer exactement le degré de réaction cutanée qui convient le mieux au traitement de chaque processus pathologique, la quantité de rayons que réclament dans ce but les différentes régions de la peau, les différents âges, les différents états morbides, enfin le mode d'absorption, à dose massive ou à doses fractionnées et diversement espacées, capable de donner, dans chaque affection, les résultats les plus favorables.

La radiothérapie ne se borne pas au traitement des affections cutanées à l'aide des rayons de Röntgen provenant du passage de décharges électriques au travers des ampoules à air raréfié; comme en témoignent les intéressantes recherches de notre collègue

Danlos, elle comprend aussi l'emploi thérapeutique des radiations complexes émises par les substances radio-actives. On sait combien est inégale et difficilement mesurable l'activité des divers échantillons de ces substances. Pour mesurer la quantité de rayons qu'une substance radio-active, immédiatement ou médiatement appliquée sur la peau pendant un certain temps, pourra lui faire absorber, il suffira de couvrir dans les mêmes conditions que la peau, un godet de réactif avec cette substance jusqu'à ce qu'on ait obtenu le degré de coloration correspondant à l'unité H. Un calcul très simple donnera le nombre d'unités qui serait absorbé en une heure, et ce nombre désignera, au point de vue thérapeutique, le degré d'activité de la substance en question. On dira, par exemple, qu'elle peut, en une heure, faire absorber à la peau une quantité déterminée de radiations, exprimée par unités H, comme on dit d'un accumulateur qu'il est capable de fournir en une heure un nombre déterminé d'ampères.

Hors du domaine de la radiothérapie, la méthode et l'instrument de dosage du Dr Holzknecht permettront de soumettre à des recherches exactes l'action des rayons de Röntgen sur les infiniment petits, particulièrement sur les bactéries. On pourra les employer aussi à évaluer la puissance des divers appareils radiogènes, d'après la quantité de rayons qu'en une heure et à une distance déterminée, un décimètre par exemple, chacun de ces appareils fera absorber à un réactif.

Pour en revenir à l'emploi du chromoradiomètre en radiothérapie, il importe avant tout que la région traitée n'absorbe en aucun point plus d'une certaine quantité de rayons, mais il importe aussi qu'en tous ces points, à la périphérie comme au centre, la quantité absorbée soit à peu de chose près la même. A cet égard, la distance de l'anticathode à la peau et par suite la plus ou moins grande obliquité des rayons qui atteignent, à sa périphérie, la surface malade continuent à jouer un rôle très important. Pour des lésions peu étendues dont l'entourage est soigneusement préservé par une lame de plomb, surtout s'il s'agit d'une surface plane, cette distance peut être faible et ne pas dépasser 10 à 15 centimètres. Pour de larges surfaces planes et plus encore pour des surfaces convexes, la distance doit augmenter, elle peut atteindre jusqu'à 40 centimètres ; en ce cas il convient même, pour irradier à peu près également tous les points de la région malade, de donner successivement à l'ampoule plusieurs positions. C'est toujours le plus près possible du point où les rayons frappent la peau perpendiculairement que doit être placé le réactif.

Je termine en reproduisant les indications données par le Dr Holzknecht sur le dosage qui convient aux divers cas. Comme il a grand soin de le faire remarquer, des recherches ultérieures

auxquelles devront collaborer un grand nombre de travailleurs, pourront seules compléter ces indications sommaires.

Au premier degré de la réaction (dépilation simple, presque sans apparence d'inflammation) correspond pour la peau normale du visage, chez les jeunes sujets, l'absorption d'une quantité de rayons équivalant à 3 unités H. Chez les sujets plus âgés 4 unités sont nécessaires, et, pour provoquer le second degré de la réaction (érosion superficielle sans exulcération véritable et avec guérison sans cicatrice), 5 à 7 unités.

Les surfaces de flexion des jointures demandent 4 à 6 unités pour le premier degré de la réaction, 6 à 8 unités pour le second. Les surfaces d'extension des jointures, le tronc, le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds demandent 5 à 7 unités pour le premier degré de la réaction, 7 à 10 unités pour le second.

Si la peau est le siège de phénomènes inflammatoires du fait d'un processus pathologique, au voisinage d'un processus de ce genre ou à la suite d'une première intervention radiothérapique, il importe, suivant le degré de l'inflammation, d'abaisser plus ou moins la quantité de rayons absorbée. On l'abaisse de 1 ou 2 unités quand la dose thérapeutique pour la peau normale atteint seulement 4 à 6 unités; on l'abaisse de 2 ou 3 unités quand la dose thérapeutique pour la peau normale dépasse 6 unités.

Les bactéries, ensemencées sur plaques, pour être influencées par les rayons de Röntgen, ne doivent pas absorber moins de 20 unités en moyenne par séance.

Provisoirement au moins, la dose maxima qu'en radiothérapie il convient de dépasser seulement en pleine connaissance de cause et avec la prévision d'une ulcération consécutive de plusieurs semaines de durée, est la dose mensuelle de 10 unités.

J'ai reproduit textuellement ces indications mais je n'ai pas eu encore l'occasion de les vérifier et j'en décline la responsabilité. Si la possibilité de doser la qualité et la quantité des rayons de Röntgen en radiothérapie fait de ce nouveau mode de traitement une méthode précise et véritablement scientifique, son emploi exige toujours de la part du médecin la plus grande prudence.

Graves accidents produits par l'iodure de potassium dans les manifestations oculaires de la syphilis.

Par M. Abadie.

D'ordinaire les manifestations oculaires précoces de la syphilis, iritis, irido-choroïdite à forme exsudative, cèdent assez facilement au traitement mercuriel quel qu'il soit, frictions, injections sous-

cutanées ou intra-veineuses, à la condition toutefois que ces médications soient instituées de bonne heure et soient aussi suffisamment intensives.

J'ai eu occasion, dans le cours de l'année courante, d'observer quatre cas de syphilis oculaire, qui, contrairement à cette règle, ont été remarquables, d'abord par la forme anatomique des lésions et aussi par leur gravité spéciale. Il m'a paru que cette modalité et cette gravité spéciale de ces manifestations, avait été provoquée par l'influence nocive de l'iodure de potassium administré à haute dose.

Le premier cas se rapporte à un jeune homme de 25 ans qui contracta la syphilis il y a deux ans. Huit mois après l'apparition d'un chancre induré à la verge, il fut pris de troubles visuels d'abord à gauche, puis bientôt à droite. Un chirurgien oculiste appelé à ce moment lui fit, une fois par semaine, une injection sous-cutanée de calomel et prescrivit en même temps de l'iodure de potassium. La situation s'aggravant au lieu de s'améliorer on augmenta progressivement la dose d'iodure jusqu'à dix grammes par jour. Cependant, malgré tout, l'état des yeux empirait. Le gauche devenait douloureux, un glaucome se déclarait qui nécessitait une iridectomie d'urgence. Cette intervention n'amena aucune amélioration. Des hémorrhagies profuses envahirent le corps vitré et la vision ne tarda pas à être complètement abolie.

L'œil droit se prit à son tour, et bientôt le malade ne fut plus en état de se conduire. C'est dans ces conditions qu'il me fut envoyé par son médecin habituel qui, voyant tous ses efforts inutiles, commençait à craindre une catastrophe.

A mon premier examen je constatai que l'œil gauche était encore tendu, douloureux; un vaste épanchement de sang occupait la chambre antérieure et rendait toute exploration des milieux impossible. De ce côté il n'y avait plus trace de perception lumineuse. A droite, la pupille était largement dilatée et l'examen ophtalmoscopique révélait des hémorrhagies profuses dans le corps vitré masquant la papille et les membranes profondes. Le malade n'y voyait plus à se conduire seul, il comptait à peine les doigts à deux ou trois mètres de distance.

Je n'avais pas souvenir dans ma carrière d'avoir observé chez un jeune sujet des accidents aussi graves et aussi précoces ; ce n'était pas l'iritis ou l'irido-choroïdite vulgaire avec infiltration de l'iris, exsudats pupillaires, trouble du corps vitré ; mais bien des hémorrhagies abondantes, avec élévation de tension à gauche simulant le glaucome hémorrhagique.

A droite des hémorrhagies profuses aussi, envahissant le corps vitré et menaçant de désorganiser complètement cet œil de même façon que l'autre.

Pensant que l'iodure de potassium à haute dose était peut-être pour beaucoup dans l'apparition de cette forme tout à fait insolite de syphilis oculaire, je le supprimai et remplaçai les injections de calomel par des injections intra-veineuses d'un centigramme de cyanure d'hydrargyre tous les deux jours. La gravité croissante des accidents cessa aussitôt.

Deux mois après, la résorption des hémorrhagies intra-oculaires devenait manifeste et la vision de l'œil droit commençait à s'améliorer.

Bientôt on commença à entrevoir la papille à droite, des flocons volumineux partant de la papille s'avançaient dans le corps vitré. A mesure que ces modifications se produisaient l'acuité visuelle augmentait, bientôt la lecture des gros caractères devint possible.

Enfin au bout de six mois de ce traitement, voici quelle était la situation de ce malade : L'œil gauche, définitivement perdu, n'ayant plus trace de perception lumineuse, avait repris une tension normale, les milieux étaient redevenus transparents. La pupille restait extrêmement dilatée et l'iris réduit à une petite bandelette échancrée en haut par suite de l'iridectomie pratiquée jadis.

A droite les milieux sont transparents, quelques filaments floconneux partent encore de la papille et flottent dans le corps vitré. Le malade lit à présent facilement les caractères ordinaires d'un journal.

Cette observation me paraît importante à plusieurs points de vue. D'abord par la forme insolite des lésions oculaires qui ne sont pas celles que provoque la syphilis abandonnée à elle-même ou simplement traitée par les mercuriaux. Pas d'exsudats, mais des hémorrhagies profuses et glaucome à gauche. Apparition de ces accidents malgré un traitement mercuriel intensif (injection de calomel une fois par semaine). On est donc autorisé à suspecter l'influence nocive de l'iodure de potassium à haute dose. Cette hypothèse est d'autant plus justifiée que tous ces accidents ont rétrocédé, dans la mesure du possible, dès que l'iodure de potassium a été supprimé et qu'on s'est borné aux injections de cyanure de mercure.

J'ai observé un second cas, dans le cours de l'année courante, ayant beaucoup d'analogie avec le précédent et n'en différant que par l'intensité des symptômes.

Un homme d'une trentaine d'années ayant contracté la syphilis trois ans auparavant, ayant eu des accidents secondaires cutanés et muqueux bénins, fut pris, lui aussi, de complications oculaires, d'abord à droite, puis à gauche.

Malgré un traitement par des injections hebdomadaires de calomel et l'iodure de potassium, mais à la dose de 2 à 3 grammes seulement, l'état de l'œil droit s'aggrava et il survint un glaucome confirmé, avec élévation de tension de l'œil, dilatation de la pupille, aspect flou de la cornée. L'œil gauche menaçait aussi de se prendre de même façon que l'œil droit. Je dus intervenir à droite et pratiquer une iridectomie, qui abaissa la tension, et rendit à la cornée son éclat, mais le résultat visuel fut médiocre. J'en trouvai l'explication en explorant le fond de l'œil, ce qui était devenu possible, et en constatant la présence de nombreuses hémorrhagies rétiniennes. Au bout de quelques jours, malgré l'iridectomie, la tension s'élevait de nouveau, la cornée redevenait un peu trouble. Je pensai alors à la possibilité d'une influence nocive de l'iodure de potassium. Je le supprimai et remplaçai les injections de calomel par les injections intra-veineuses de

cyanure de mercure. Dès lors l'amélioration devint manifeste : les velléités glaucomateuses de l'œil gauche disparurent complètement. A droite tout rentra aussi dans l'ordre, au moins extérieurement, — mais l'état glaucomateux qui avait persisté longtemps laissa une pupille atrophiée avec réduction considérable de la vision.

Voilà donc deux malades jeunes atteints de syphilis récente, traités tous les deux dès l'apparition des accidents oculaires par les injections de calomel associées à l'iodure de potassium, et chez tous deux les lésions évoluent, malgré tout, prennent un caractère spécial, état glaucomateux, hémorrhagies intra-oculaires avec beaucoup plus de gravité chez celui qui prend les doses les plus élevées d'iodure, et chez tous les deux, les accidents, allant toujours s'aggravant, ne rétrocèdent que lorsque l'on supprime l'iodure de potassium et qu'on se contente des injections intra-veineuses de cyanure. Nul doute que cette médication, instituée dès le début, n'eût sauvé les deux yeux.

J'ai encore observé cette année deux malades jeunes aussi, qui en cours de traitement mercuriel, trouvant que les accidents oculaires ne rétrocédaient que trop lentement à leur gré, jugèrent à propos d'associer l'iodure de potassium au mercure. Il survint une aggravation immédiate qui se traduisit chez l'un d'eux par un décollement de la rétine et la perte définitive de l'œil atteint.

L'état actuel de la question du traitement du lupus tuberculeux et érythémateux.

Par M. Leredde.

J'espère que la Société de dermatologie voudra bien mettre d'ici peu à son ordre du jour la question du traitement des lupus tuberculeux et érythémateux. Cette question est des plus intéressantes qui puissent l'occuper, et des plus importantes pour les malades. Je me figure que le rôle d'une société savante est de donner, quand il est possible de le faire, des règles de conduite pour les médecins praticiens : elle ne peut avoir de meilleur moyen de démontrer son utilité et d'affirmer son prestige. Or, je me figure aussi que le médecin qui, ayant à traiter un lupique, se reporterait aujourd'hui aux notes publiées dans les Bulletins de notre Société, serait fort embarrassé ! En avril, j'ai essayé dans un travail d'ensemble, écrit avec la collaboration de mon assistant, M. Pautrier, de donner une ligne de conduite, de fixer des règles ; ce travail, peut-être incomplet sur certains points, peut-être erroné sur d'autres, aurait pu servir de base de discussion ; on aurait pu ainsi combattre dans leur ensemble les conclusions que nous avions posées. Au lieu de cela, des observations

isolées de lupus traités par tel ou tel procédé ont été publiées. Quelques réflexions ont été émises au hasard : le seul résultat a été d'embrouiller une question déjà difficile.

Je voudrais cependant qu'on démontre sur quels points j'ai eu tort, de manière à profiter moi-même du débat et à faire profiter des progrès amenés par la discussion mes malades non moins que les autres. Après un sévère examen de conscience, je reste sur le terrain où je me suis placé pour le traitement des lupus. Et aujourd'hui je viens discuter les opinions émises par d'autres dermatologistes et montrer encore sur quels points elles sont contestables, j'espère qu'ils voudront bien faire de même pour les miennes, et tout le monde y gagnera.

Sur cette question, comme sur toute question de thérapeutique, nous ne pouvons éclairer notre jugement sans faire une comparaison entre les divers procédés. Pour cela, il est indispensable de faire porter l'enquête sur un grand nombre de malades traités par un procédé ou par un autre, de manière à éliminer le rôle du hasard et qu'il n'y ait pas d'un côté une majorité de cas bénins traités par un procédé, de l'autre, une majorité de cas graves traités par un autre. Nous savons qu'entre les divers lupus tuberculeux, il existe de notables différences de gravité. Quelques-uns, très rares, sont assez bénins (je ne comprends toutefois pas comment un ancien chef de clinique de Saint-Louis, M. Morel-Lavallée, a pu dire récemment à la Société du IXe arrondissement que le lupus peut guérir par l'eau distillée, sans ajouter qu'il s'agit de formes exceptionnelles, telles qu'un dermatologiste peut n'en rencontrer jamais). La plupart sont extrêmement rebelles, mais d'une extension lente ; quelques-uns, non moins rebelles, ont une progression rapide. La profondeur est presque toujours considérable, elle est quelquefois extraordinaire et les tissus de la face sont envahis dans toute leur épaisseur, de la peau jusqu'à la muqueuse buccale. Ceci nous conduit à ne jamais juger un procédé sur un, deux ou trois malades, car on peut tomber sur une série heureuse ou malheureuse. Mais, ces conditions respectées, nous pourrons déjà porter un jugement réel ayant une valeur scientifique et établir la supériorité d'une méthode sur les autres, soit dans tous les cas, soit dans tels ou tels cas — supériorité *passagère d'ailleurs*, car on pourra toujours espérer trouver des procédés supérieurs aux procédés déjà employés, mais leur supériorité ne pourra être démontrée qu'en suivant la même méthode.

Dans le cas particulier du lupus tuberculeux, comment pourrons-nous établir la valeur des différentes méthodes thérapeutiques ?

Due au bacille tuberculeux, c'est-à-dire à un des plus résistants parmi les microbes connus, maladie rebelle et récidivante, cette maladie atteint la peau, et cependant nous ne pouvons juger *seule-*

ment par l'aspect extérieur de l'état réel des tissus, car nous savons que cette maladie est profonde, et que de nombreux médecins, des dermatologistes même, ont publié des cas de guérison, qui étaient suivis au bout de quelques mois de récidives et pour lesquels on n'aurait dû parler que de guérison apparente. Il n'y a guérison qu'à la condition d'une stérilisation totale, profonde et non seulement superficielle. Nous ne pourrons en juger que de deux manières : par un examen microscopique *profond* (encore faudrait-il théoriquement qu'il soit fait en plusieurs points) ou avec le temps. Pour affirmer la guérison complète d'un lupus tuberculeux, il faut qu'un dermatologiste sachant reconnaître la présence de lupomes dans une cicatrice ne puisse en trouver un ou deux ans après (1).

Bref en soignant par une méthode déterminée un certain nombre de lupiques, en attendant après la guérison apparente le temps nécessaire pour pouvoir affirmer dans la mesure possible que cette guérison est réelle, on peut avoir une base de jugement et comparer cette méthode à une autre étudiée de la même manière. Ce n'est pas un travail difficile dans les grands hôpitaux dermatologiques.

Or, en ce qui concerne les lupus tuberculeux et érythémateux, nous ne pouvons faire de comparaisons parce que nous n'avons pas sur les méthodes anciennes de statistiques indiquant sur un nombre de malades soignés par l'une ou l'autre, combien de fois, en combien de temps la guérison apparente a été obtenue, et sur combien de malades cette guérison s'est maintenue assez longtemps pour qu'on puisse parler de guérison réelle.

Cette comparaison étant impossible à faire, sur quelles bases peut se guider le médecin qui doit soigner un lupique ou lui donner une direction de traitement? Il n'en a qu'une, c'est la confiance qu'il accorde à tel ou tel auteur, à tel ou tel livre. Les affirmations d'un dermatologiste détermineront sa conduite et la direction qu'il donnera aux malades.

Cependant si, après avoir consulté un auteur, le médecin en consulte un autre, il ne saura plus que faire. S'il lit un traité de thérapeutique, il trouvera des affirmations, mais non des preuves. S'il en lit deux, il ne saura plus que faire; encore moins si, des ouvrages français, il se reporte aux ouvrages allemands et anglais.

Le résultat est simplement celui-ci : c'est qu'avec des méthodes

(1) Encore faudra-t-il toujours tenir compte : 1° de cas où des bacilles restés dans la profondeur n'auraient pas été détruits et ne manifesteraiont leur vitalité qu'au bout d'un temps plus long ; 2° de cas où de nouveaux bacilles seraient apportés dans la peau : par exemple *des bacilles présents* sur la muqueuse nasale (et on sait que c'est l'origine habituelle du lupus) peuvent essaimer par les voies lymphatiques et amener la formation de lupomes nouveaux. *Toutes les méthodes actuelles se heurtent à cette difficulté, mais elle est égale pour toutes, et on peut les comparer sans en tenir compte.*

peut-être excellentes, les malades sont soignés de la manière la plus désordonnée, *au hasard* de l'impression du médecin qui les dirige, pis encore, au hasard des impressions successives des médecins qu'ils consultent successivement. Qu'on m'explique pourquoi les hôpitaux comme l'hôpital Saint-Louis sont pleins de lupiques qui y passent leur vie entière !

Il existe cependant un autre moyen de jugement. Il est *de fait* que le lupus tuberculeux est *souvent* incurable par les procédés anciens (1). Dans quelle mesure ? Nous ne saurions le dire, mais il suffit de franchir le seuil de cet hôpital pour en être convaincu. Il est certain que fréquemment les anciennes méthodes ont été mal appliquées, mais souvent aussi le traitement a été fait par des dermatologistes compétents et d'une manière assidue. Or une méthode qui, d'une manière courante, guérit des cas incurables par les autres méthodes paraît avoir par cela même une supériorité certaine ; elle l'a et l'aura tant qu'on n'aura pas montré en nombre suffisant des cas rebelles à cette méthode et guéris par une autre, ancienne ou nouvelle, peu importe.

Dans tout ce qui précède je me suis mis uniquement au point de vue de la question de la guérison — qui doit être tranchée avant toute autre. La comparaison au point de vue de toutes les autres questions et même de la question esthétique ne peut être faite qu'entre méthodes curatives, et lorsqu'il est démontré que ces méthodes sont également curatives à peu de chose près.

Une méthode originale, la photothérapie, ayant éte proposée depuis quelque temps, nous voulons juger sa valeur. Nous savons qu'elle peut guérir des lupiques, même fréquemment ; qu'elle mérite d'être étudiée ; mais ce qui nous importe, c'est autre chose, c'est de savoir dans quelle mesure elle est dans tel ou tel cas supérieure ou inférieure aux méthodes anciennes.

Or, celles-ci n'ayant jamais été étudiées d'une manière méthodique, la supériorité, l'infériorité de la photothérapie ne peut être démontrée directement et ne pourrait être établie, à l'heure présente ; et les médecins qui ont à soigner un lupique devraient, comme auparavant, se livrer aux affirmations de tel ou tel auteur sans avoir de moyen de jugement personnel. La comparaison peut seulement être faite entre la photothérapie et l'extirpation ; elle est tout à l'avantage de la première, si l'on compare les chiffres fournis par Finsen et ceux fournis par Lang.

Heureusement, il reste un moyen de jugement, celui que j'ai proposé

(1) C'est là un point essentiel, sur lequel on se saurait trop insister pour les médecins praticiens. Il est regrettable qu'il ne soit pas mis en relief dans les traités de dermatothérapie, ou qu'on y parle trop comme si le médecin devait se contenter de *soigner* une maladie qu'il doit avoir l'ambition et la volonté de *guérir*.

dans la communication que j'ai faite avec M. Pautrier, et à laquelle je renvoie.

Un grand nombre de lupiques sont incurables par toutes les méthodes, poursuivies même avec régularité, continuité, et pratiquées avec soin par des médecins compétents.

Les lupiques guérissent par la photothérapie d'une manière fréquente. Il est logique d'en déduire la supériorité de la méthode de Finsen.

Pour ma part, j'attendrai, pour juger la supériorité incontestable d'une méthode quelconque sur la méthode de Finsen, qu'on m'ait montré un nombre suffisant de malades, non guéris par la photothérapie, bien faite pendant un temps suffisant, et guéris par une autre méthode, cela non seulement en apparence, mais d'une manière définitive. Ce sera par exemple le moyen de juger dans quelque temps la valeur réelle de la radiothérapie.

En m'appuyant sur les bases que j'ai posées, il m'est maintenant permis d'examiner quelques opinions émises sur la photothérapie, et de montrer leur valeur réelle.

En juin 1902, M. Danlos a présenté ici même trois lupiques dont une traitée par la photothérapie et qu'il déclarait peu améliorée, et deux, traitées par d'autres procédés. Il a déclaré que ces malades n'auraient pu retirer de bénéfices aussi rapides de la photothérapie. Voici une première objection : ces bénéfices si rapides sont-ils des bénéfices réels ou seulement apparents? Mais en outre, pour les personnes présentes, une *impression* est restée qui me paraît traduite ainsi : Voilà enfin des méthodes supérieures à la photothérapie, et voici une malade qui est dans un bien mauvais état malgré la photothérapie !

Il me serait facile de vous amener deux malades traités par les rayons chimiques après échec des autres méthodes et guéris, et un malade non encore traité par la photothérapie et en très mauvais état. Je produirais ainsi une *impression* contraire à celle qu'a déterminée M. Danlos. Mais en vérité, je ne voudrais tirer aucune conclusion d'une sélection ainsi faite!

Pour juger de mon côté les procédés de M. Danlos, j'attendrai qu'il ait bien voulu traiter vingt malades par l'un d'eux, vingt par l'autre, et qu'il les montre à diverses périodes du traitement et six mois après la guérison s'il l'obtient. Un travail de ce genre exige un an au moins, mais il mérite d'être fait! La Société de Dermatologie pourra alors se prononcer en connaissance de cause. Pour ma part, je ne demanderai même pas à M. Danlos, pour établir la valeur des méthodes qu'il propose, de guérir les cas rebelles à la photothérapie, alors que celle-ci guérit les cas rebelles aux autres méthodes!

Aujourd'hui nous ne pouvons comparer les résultats obtenus par M. Finsen sur plus de 900 malades et ceux de M. Danlos sur deux lupiques par deux procédés.

En ce qui concerne la malade peu améliorée par la photothérapie, ce qu'a dit M. Chatin suffit à fixer sur la gravité du cas. Il est trop facile de trouver à l'hôpital Saint-Louis des lupiques incurables par tout autre procédé et de les prendre comme base de jugement de la photothérapie (1).

En mai 1902, à propos d'une note de M. Hallopeau sur le traitement du lupus par le permanganate de potasse, M. Barthélemy a écrit qu'il n'avait pas vu de guérison définitive dans des cas de lupus étendus et anciens traités par la photothérapie — mais seulement des guérisons durables. Je me suis demandé s'il n'y avait pas d'erreur d'impression dans le texte de notre collègue; la photothérapie est une méthode nouvelle; en France son application régulière date d'un peu plus de deux ans; si M. Barthélemy a déjà observé des récidives dans les lupus qu'il a vus guéris par la photothérapie, on ne peut parler de guérisons durables; s'il n'a pas observé de récidives, comment déclarer que ces guérisons ne sont pas définitives?

Pour ma part, après avoir soigné un grand nombre de lupiques, je déclare m'en remettre sur cette question de la récidive à l'autorité de M. Finsen. Lorsqu'un homme a soigné pendant des années des centaines de malades, avec un soin et une méthode admirables, lorsque les travaux qu'il a publiés portent, comme c'est le cas, la marque de la rigueur, de la probité et de la précision scientifique la plus absolue, il me paraît que tout le monde lui doit de ne la combattre qu'avec une rigueur et une précision aussi grandes, en opposant seulement des faits aux faits, et en ne produisant jamais d'affirmations sans les étayer d'une manière précise. Pour ma part, j'ai été à Copenhague et j'ai vu des lupiques guéris depuis un ou deux ans chez lesquels je puis affirmer n'avoir trouvé aucune trace de récidive. Sur un cas je n'aurais pu juger que la guérison était définitive en raison des causes de récidive exceptionnelles que j'ai mentionnées plus haut. Mais dans l'ensemble, et avec ce que je connais du lupus, je considère que la majorité de ces guérisons étaient définitives.

M. Lenglet a récemment consacré au lupus dans la *Pratique Dermatologique*, un article remarquable où je regrette qu'il ait écrit une phrase qui se trouve en désaccord avec les conclusions qu'il pose lui-même plus loin. M. Lenglet dit « que le fer et le feu donnaient depuis des années entre les mains de Vidal, Besnier, Brocq des résultats *égaux* à ceux que donnent à l'heure actuelle la méthode de Finsen et la radiothérapie ». Une telle formule pourrait induire en erreur; nous n'avons malheureusement pas pour combattre le lupus tuberculeux tant de procédés entre lesquels nous puissions choisir, pour guérir les malades, et il est impossible qu'on les mette sur le même pied; en fait, les uns conviennent dans certains cas, d'autres dans d'autres, ils ne sont pas égaux entre eux. Je renvoie M. Lenglet

à ce que j'ai dit plus haut sur la supériorité de la photothérapie et sur les raisons que j'ai d'y croire.

Plus loin M. Lenglet émet un jugement qui me paraît se rapprocher davantage de la vérité, en écrivant ceci :

« A l'heure actuelle cette méthode paraît être supérieure à toutes celles qui avaient été préconisées jusqu'ici ; elle est certainement préférable à la radiothérapie et surtout au traitement par les courants de haute fréquence. Elle donne des succès plus parfaits et beaucoup plus nombreux ; elle est applicable à la grande majorité des lupus. Son inconvénient le plus grand est d'être une méthode essentiellement urbaine ; mais déjà, grâce à l'appareil simple de Foveau de Courmelles ou de Lortet-Genoud, on peut songer à traiter les lupus par cette méthode partout où existe une source industrielle d'électricité. La dépense est, pour le médecin, assez modérée. Toutes ces conditions font que cette méthode est sans doute appelée à un avenir considérable, si l'on en juge par ses autres avantages. Elle est, en effet, indolore pendant son application, mais les douleurs consécutives sont parfois violentes. Sa grande supériorité sur toutes les autres méthodes est de déterminer la guérison des lupus non excedens rebelles, contre lesquels échouent presque toutes les autres thérapeutiques ; les guérisons qu'elle procure se maintiennent aussi bien que celles que peuvent fournir les méthodes caustiques et la plupart des méthodss sanglantes. Les nodules lupiques sont atteints dans la profondeur mieux que par tout autre procédé sanglant, *à la seule condition que les tissus soient, au préalable, rendus bien exsangues par la compression.* Enfin, ses cicatrices sont aussi belles que celles que l'on peut obtenir par les meilleures scarifications. Si quelques perfectionnements permettent de diminuer le nombre et la durée des séances, il faudra, semble-t-il à l'heure actuelle, lui accorder le premier rang dans la thérapeutique du lupus, au moins pour les malades de la ville. »

M. Lenglet donne cette fois à la photothérapie une place importante parmi les méthodes curatives du lupus. Sur quelques points de détail et surtout sur la question de technique je ne serais pas en ce moment tout à fait d'accord avec son article écrit en 1901 ; je n'insisterai pas sur la question des douleurs que je n'ai pas observées pour ma part ; quelques malades se plaignent de migraines après le traitement.

Enfin je dois signaler une discussion qui a eu lieu le 12 juin 1902 à la Société du IX[e] arrondissement, où M. Le Blond a présenté une malade atteinte de lupus datant de trente ans et guérie en soixante-dix jours par la résorcine et l'acide vanadique. Il faudrait que le D[r] Le Blond puisse montrer de nouveau sa malade au bout d'un certain temps, pour qu'on puisse s'assurer qu'il s'agissait d'une guérison réelle et non d'une épidermisation.

J'aurais pu trouver ailleurs des communications sur le traitement

des lupus, faites d'une manière un peu trop rapide et concluant sans preuves suffisantes. Mais je ne veux pas être accusé de faire des personnalités; ce qui m'importe seulement, c'est d'insister sur la difficulté réelle du sujet, sur la nécessité de ne pas conclure sans documents suffisants et sans étude prolongée, et sur la méthode qu'on doit suivre pour juger des procédés thérapeutiques, et faire un peu avancer l'étude d'une question essentielle au point de vue pratique.

Un cas de kératodermie symétrique des extrémités.

Par M. J. Brault.

La kératodermie symétrique congénitale des extrémités est une affection encore relativement rare (1); il nous a donc semblé intéressant de publier ce cas qui s'est présenté à notre clinique.

Observation. — P..., enfant de 8 ans bien constitué, n'offrant aucun stigmate appréciable de syphilis héréditaire, nous est présenté par sa mère à la consultation. Père, mère, et trois frères bien portants; la mère n'a jamais eu de fausses couches; nous relevons chez elle, au talon de la main et entre les doigts, des lésions très légères sans doute, mais qui, néanmoins, sont du même ordre que celles qui sont relevées chez son petit garçon.

L'enfant qu'on nous amène est porteur de son affection depuis l'âge de 13 mois; du moins, c'est à cette époque que ses parents la remarquèrent pour la première fois. Ils s'aperçurent que les mains de l'enfant devenaient noires et fissuriques, les pieds ne furent pris qu'ensuite.

Actuellement, comme on peut s'en rendre compte sur la photographie que nous joignons à notre observation, les mains sont tout à fait caractéristiques. Les faces palmaires des mains et des doigts sont tapissées par une carapace cornée surtout épaisse vers le talon de la main.

Cette couche kératosique d'épaisseur un peu variable est coupée de profondes crevasses qui la « quadrillent » irrégulièrement.

La zone d'hyperkératose ne s'arrête pas aux régions palmaires, les faces dorsales des deux dernières phalanges des doigts sont également atteintes.

La pénétration des poussières dans les fissures que nous venons de signaler donne une coloration noire aux parties affectées, et cela malgré tous les soins de propreté mis en œuvre.

Contrairement à ce qu'on voit quelquefois, les lésions sont moins accusées aux pieds qu'aux mains, du moins en ce moment. Les plantes sont prises et l'affection déborde sur les bords de ces régions, principalement à la partie externe; le talon est relativement respecté. Mêmes sillons, même quadrillage qu'aux mains, mais la coloration est moins accusée.

Rien aux coudes, ni aux genoux.

Nous constatons un certain degré d'anidrose aux mains, les pieds ne nous ont pas semblé être le siège d'hyperhidrose bien marquée. Il n'y a pas non plus de bordure érythémateuse bien nette à la limite des parties saines et des parties atteintes.

(1) Si on excepte l'épidémie de l'île de Méléda.

Les diverses sensibilités sont simplement émoussées, en raison de l'épaisseur des couches épidermiques.

C'est en plein hiver que les lésions sont le plus accentuées (1), alors les diverses fissures finissent même par saigner de temps à autre et la marche devient pénible.

Telle est, en résumé, cette observation qui marque bien la ténacité de cette kératodermie symétrique congénitale, à la fois répugnante et gênante. On est là en présence d'une affection difficile à cacher, d'une affection susceptible de devenir une véritable infirmité pour le porteur, qui ne pourra ni faire de longues marches, ni se livrer à des travaux manuels exigeant quelque souplesse ou quelque continuité.

Ici l'hérédité est sans doute peu marquée, mais elle existe cependant du côté maternel.

On sait qu'Unna a dissocié la maladie du groupe des ichthyoses localisées, car le type se reproduit immuable à travers les générations. L'affection présentée par notre petit malade ne peut être confondue ni avec l'érythème kératosique qui n'a pas la même marche et qui présente une bordure érythémateuse beaucoup plus nette, ni avec l'eczéma kératosique à lésions plus changeantes et plus limitées (2), à rémissions plus nettes.

Nous avons appliqué le traitement classique, et nous nous sommes plus spécialement rappelé les prescriptions d'Unna, qui aurait obtenu une guérison.

Nous avons conseillé aux parents de remplacer le savon par la pierre ponce, on a fait des applications résorcinées à 2 p. 100, et enfin nous avons touché les parties atteintes à la solution éthérée salicylée à 5 p. 100 additionnée d'un peu de graisse.

Notre petit malade s'est blanchi assez rapidement ; mais, bien entendu, je ne vois là qu'une guérison purement momentanée.

Esthiomène ano-recto-vulvaire et lymphangiomes.

Par MM. Audry et Dalous.

La première partie de l'histoire de cette malade a été publiée dans la thèse de Cassagne (Toulouse, 1900) qui était consacrée au chancre simple ano-rectal. Nous la résumerons :

Madeleine X..., 27 ans, domestique, a eu un enfant à l'âge de 20 ans, et depuis lors, une fausse couche. Pas d'autres antécédents notables.

Au commencement de juillet 1899, 15 jours, dit-elle, après un coït, elle commence à souffrir d'une adénopathie inguinale double; en même temps, elle constata l'existence d'une ulcération à l'anus. Elle entra à la clinique le 25 juillet 1899 ; peu de temps avant cette date, elle avait eu des

(1) Nous ne donnons donc que le tableau des lésions un peu atténuées.
(2) Mais à contours dégradés et mal délimités.

rapports avec un soldat à qui elle communiqua des chancres simples, soignés ultérieurement à l'hôpital militaire.

A son entrée à la clinique : bubon inguinal bilatéral; métrite cervicale intense, mais sans gonocoques ; trois petits chancres simples dissimulés dans les replis de l'anus. Le traitement de ces chancres fut très difficile en raison de l'intolérance absolue de l'iodoforme qui provoquait immédiatement des érythèmes violents et douloureux. Mon chef de clinique, qui dirigeait le service pendant les vacances, fit, le 3 septembre, un curetage utérin en même temps qu'une séance de chauffage des chancres. Le 12 du même mois, il exécuta l'extirpation des ganglions de l'aine droite. Quelques jours plus tard, la malade, très capricieuse, exigea sa sortie dans un état encore très défectueux.

Elle rentra le 6 octobre, avec un vaste chancre simple de l'anus, pénétrant dans le rectum. Le 12 octobre, extirpation de l'adénopathie inguinale gauche, suppurée comme la précédente. Elle sort encore beaucoup trop tôt du service. Elle revient le 24 novembre en mauvais état, de toutes manières.

Le chancre ano-rectal s'est étendu en arrière et en profondeur ; il existe un second chancre sur la paroi ano-rectale antérieure. Les deux aines suppurent ; il existe un abcès péri-uréthral, profond, volumineux; pas de gonocoques.

28 novembre. — Curetage et extirpation des masses ganglionnaires des deux aines; à gauche, j'ai dû disséquer les vaisseaux iliaques externes. Incision et curetage de la collection péri-uréthrale. Rectotomie postérieure au thermocautère. L'iodoforme n'est pas toléré.

Le 1er décembre : Bains de siège quotidiens à 45°, de 1 heure à 1 heure et demie de durée. Amélioration rapide.

Le 20 février 1900 : La malade demande sa sortie ; elle n'est pas entièrement guérie, mais va réellement très bien.

Nous la revoyons au mois de juillet 1900; elle s'est très mal soignée pendant les derniers mois, aussi est-elle en fort mauvais état : vaste ulcération superficielle, bourgeonnante occupant la moitié postérieure de l'anus et pénétrant dans le rectum. Rectite intense, ulcération profonde sur la face interne de la fesse gauche, à quatre travers de doigt de l'anus. Vaste ulcération bourgeonnante occupant le vestibule; le méat uréthral s'ouvre au fond d'un entonnoir profond à paroi bourgeonnante. Défécation très douloureuse; pus et sang dans les selles.

Inoculation négative.

Cautérisation, lavages et lavements au nitrate d'argent, etc. Amélioration notable ; la fesse guérie complètement; la vulve se guérit. La malade exige encore sa sortie et retombe dans sa négligence habituelle.

Elle rentre en juillet 1902, en plus mauvais état que jamais ; mais on constate des altérations nouvelles et intéressantes.

Les grandes lèvres sont épaissies ; les petites lèvres œdématiées et dures ; le clitoris et son capuchon sont franchement éléphantiasiques, très gros, rouges, durs, élastiques. Le méat est toujours situé au fond d'une profonde et large ulcération à paroi rouge couverte de bourgeons jaunes et rouges. Cystocèle, métrite cervicale. Fourchette intacte. A l'anus : de chaque côté de l'orifice, on trouve une masse dure, pédiculée, irrégulière, un peu plus grosse qu'une amande, rouge, érodée plutôt qu'ulcérée. Leur surface interne et leur base se continuent avec la surface ano-rectale.

La presque totalité de l'anus présente une surface ulcérée, bourgeonnante, d'un rouge fauve, recouverte d'une sécrétion sanieuse, jaune et fétide, abondante. L'anus est toujours resté béant en arrière; il existe de l'incontinence partielle. L'ulcération plonge dans le rectum à une très grande hauteur; on ne peut en apercevoir la limite supérieure, car la malade refuse l'anesthésie, et l'examen est très douloureux.

Les sécrétions de ces ulcérations ne sont pas inoculables.

Sur la face interne de la fesse droite, à partir de l'anus, la peau présente une coloration rosée, et un léger degré d'infiltration. Sur cette surface, et en *pleine peau saine* sur la fesse du même côté, on aperçoit de petites élevures ovales, d'un blanc brillant, transparent ; il en existe une demi-douzaine ; elles sont formées par le semis de plusieurs petites gouttelettes transparentes, très serrées, comparables à des vésicules d'eczéma, mais plus serrées, plus fines, égales entre elles, et remplies d'un liquide absolument aqueux ; si on les pique, il faut vaincre une réelle résistance pour faire écouler une gouttelette de liquide clair qui ne vide que le point piqué. Ces petites lésions sont un peu sensibles au toucher.

Une d'elles fut excisée très simplement sans donner lieu à aucun écoulement de liquides.

Traitement. — Bains chauds, etc.

15 jours après, fidèle à ses habitudes, la malade sortait à peine améliorée.

Un examen histologique avait été fait lors du premier séjour, et avait porté sur l'ulcération primitive : nous ne le reproduirons pas ici; nous dirons seulement que les coupes offraient une infiltration leucocytique intense et les signes habituels d'un processus d'ulcération banale ; on n'y avait pas coloré le bacille du chancre simple.

Voici maintenant les résultats de l'examen pratiqué sur une des élevures pseudo-vésiculeuses dispersées sur la peau saine de la face intérieure de la fesse droite. Fixation par l'alcool. Inclusion; coupes en série. Coloration par le bleu polychrome et le tannin orange, bleu polychrome et glycerinethermischung, hématéine.

A un faible grossissement on voit que l'épiderme envoie dans le derme des prolongements assez longs, épais, parfois anastomosés, tandis qu'en d'autres points, il est aminci et les papilles ont disparu.

Au-dessous, le derme présente un aspect tout à fait caverneux ; l'épiderme paraît comme soulevé par des sortes de cavités de forme et de dimensions variables, séparées les unes des autres par des bandes de tissu conjonctif lâche non infiltré de cellules rondes. Au-dessus des plus étendues de ces cavités, les papilles ont disparu ; c'est entre elles qu'ont voit plonger les plus longs prolongements épidermiques profonds. D'une manière générale, les cavités sont piriformes, leur grosse extrémité en contact avec l'épiderme. Leurs contours sont toujours nets et réguliers.

A un fort grossissement, on voit que l'épiderme n'offre que de faibles modifications ; cependant la couche cornée est très mince et l'éléidine est répartie assez irrégulièrement. Quand il recouvre les plus volumineuses des cavités, il est réduit parfois à 4 ou 5 assises de cellules épineuses normales. Dans les zones où, grâce à l'intrication des prolongements épidermiques, il s'est formé une sorte de cloison d'une des cavités, en manière de tissu

caverneux, on voit que la membrane limitante de ces cavités est toujours séparée de l'épithélium par quelques fibrilles conjonctives semblables à celles qu'on décrira tout à l'heure.

Notons en outre que dans un très petit nombre de points l'épiderme contient des formations assez semblables à des globes cornés.

Pour l'étude du derme nous distinguerons deux zones :

1° *Zone superficielle*, immédiatement sous-épithéiliale, elle est occupée par les cavités déjà décrites et qui lui donnent un aspect caverneux.

2° *Zone profonde :* Au milieu d'un tissu conjonctif lâche dont les faisceaux sont dissociés par l'œdème, on voit des cavités limitées par une membrane formée par un seul plan de cellules; par endroits, le revêtement décollé du tissu conjonctif ambiant fait une légère saillie dans la lumière. En certains points, la surface interne est soulevée par un noyau; c'est tout à fait un endothélium qui est un contact immédiat avec le tissu conjonctif ambiant. Ces cavités contiennent un précipité finement granuleux au milieu duquel se trouvait toujours un certain nombre de cellules lymphatiques ; peu de lymphocytes; des polynucléaires et de grands mononucléaires en quantité à peu près égale. Dans quelques cavités, une ou deux hématies. On peut suivre facilement le mode de formation de ces cavités : elles résultent évidemment de la dilatation des lymphatiques des couches profondes du derme avec lesquels elles communiquent à plein canal. Elles ont une disposition piriforme très accusée, le pôle large, en cul-de-sac, étant le plus superficiel; l'endothélium qui borde la cavité se continue simplement avec l'endothélium du lymphatique afférent. Il ne paraît pas que ces cavités communiquent les unes avec les autres.

Au-dessous, le derme offre des faisceaux conjonctifs plus denses; il n'y a aucune altération du système vasculaire sanguin. Mais, principalement autour des lymphatiques, on voit des infiltrations cellulaires parfois très denses, lymphocytes, surtout polynucléaires et grands mononucléaires; les mastzellen sont exceptionnelles; quelquefois les infiltrats s'étendent jusqu'au voisinage des prolongements épithéliaux hyperthrophiques.

Nulle part il n'est possible de constater des rapports anormaux entre le système sanguin et le système lymphatique.

Cette observation présente beaucoup d'intérêt au double point de vue de l'esthiomène et des lymphangiomes.

En premier lieu, elle témoigne très énergiquement en faveur de la manière de voir soutenue par F. Koch, qui accuse les troubles de la circulation lymphatique, déterminés par l'extirpation des ganglions lymphatiques de l'aîne, d'être la cause de « l'ulcère chronique de la vulve », c'est-à-dire de notre esthiomène. Ici, la localisation ulcéreuse a son maximum au niveau de la région ano-rectale ; ce qui s'explique facilement par la localisation initiale du chancre simple, point de départ de tout le mal. Ce qui confère l'évidence à la théorie de F. Koch, c'est l'existence des lymphangiomes que nous avons signalés et étudiés ; très vraisemblablement, ils ont déjà dû être observés cliniquement ; les auteurs signalent l'existence de taches brillantes

de papules, etc., sans en indiquer la signification, de telle sorte que nous ne pouvons pas dire si l'accident en question est rare ou commun.

En ce qui touche la structure et la définition de ces productions, nous ne pensons pas qu'on puisse leur contester la nature et le nom de *lymphangiome*. Ce ne sont point des lymphangiectasies vraies; en effet, leur ablation ne laisse couler aucune trace de lymphe; la dilatation ne frappe que des territoires limités des radicules les plus superficielles du système lymphatique.

Il s'agit là de lymphangiomes vrais, de *lymphangiomes purs*, sans aucune communication avec le système sanguin : ce dernier point les distingue de la plupart des « lymphangiomes circonscrits » habituellement et copieusement étudiés pendant ces dernières années. L'existence de deux ou trois hématies dans la lumière des cavités ne comporte pas de signification à ce point de vue.

D'autre part, ce sont bien là des *lymphangiomes manifestement engendrés par la stase;* cet exemple pourrait être invoqué par ceux qui font jouer un rôle à la stase dans la production des lymphangiomes habituels.

Il est clair que l'existence d'une néoplasie lymphatique est ici très peu probable; il y a rétention et dilatation dans la zone radiculaire des lymphatiques.

Il est très remarquable que ces petites tumeurs ne siégeaient point sur les parties éléphantiasiques (lèvres, clitoris), mais bien sur une zone tégumentaire peu modifiée à ce point de vue. Comment donc expliquer le mécanisme de cette stase? A-t-elle été déterminée par l'obstruction déterminée par l'extirpation des ganglions? cela est possible, mais peu probable, car on s'expliquerait bien mal des localisations aussi étroites et aussi superficielles. Nous sommes amenés à penser que l'obstacle au retour de la lymphe siège en réalité dans le derme et que les lymphatiques sont comme étranglés à ce niveau par les infiltrats divers que nous avons vus et décrits.

Nous ne sommes pas en mesure de dire si les précédentes données peuvent être utilisés pour l'interprétation des lymphangiomes circonscrits qui ont des rapports avec le système vasculaire sanguin.

Folliculites nécrosantes généralisées.

Par M. W. Dubreuilh.

Le malade qui fait l'objet de l'observation suivante donnait à première vue l'impression d'une syphilide secondaire acnéiforme extraordinairement abondante. La marche de l'éruption la rapprochait plutôt des tuberculides, mais, comme rien dans l'histoire du malade ne permet d'attribuer à la tuberculose un rôle quelconque,

il me paraît préférable de m'en tenir au titre de folliculite nécrosante qui définit parfaitement la lésion.

Louis P..., 34 ans, cultivateur. — La maladie a débuté, paraît-il, il y a 6 ans environ, en été, par des éléments analogues à ceux que l'on constate aujourd'hui. Ils siégeaient sur la poitrine, groupés en un petit placard de la grandeur de la paume de la main. La généralisation des éléments a été très lente. L'aggravation a lieu surtout pendant l'été, mais les lésions persistent en hiver. Il n'y a jamais eu de guérison depuis le début; cependant un traitement par les bains de sublimé et d'iodure de potassium administré l'été dernier, a amené une amélioration très marquée, mais passagère.

10 janvier 1900. — Actuellement, l'éruption, très abondante, occupe tout le corps, sauf la face, les mains et les pieds. Elle est constituée par une multitude d'éléments de la grosseur d'un grain de mil ou de chènevis, d'un rouge violacé ou cuivré donnant absolument l'aspect d'une éruption très abondante de syphilides acnéiformes. Les éléments initiaux sont constitués par une petite vésicule aplatie, du volume d'une petite tête d'épingle, souple, naissant sur la peau saine sans trace d'infiltration profonde, à peine perceptible au toucher. Lorsqu'on ponctionne cette vésicule, on voit au-dessous un léger état suintant, mais on ne fait pas sourdre de gouttelette de liquide. Ces éléments initiaux prennent bientôt un aspect rosé qui s'accuse ensuite sous forme d'une aréole rouge de 1/2 millimètre environ. A un stade plus avancé, la lésion est plus saillante et surmontée d'une pustulette aplatie reposant sur une base rouge et un peu surélevée, résistante au toucher.

Ces pustulettes sont légèrement plus grandes que les vésicules de début; leur volume ne dépasse pas celui d'un grain de chènevis. Dès qu'on les perce, on voit un peu de liquide louche légèrement jaunâtre, mais pas de pus à proprement parler, et l'on met à nu un petit cratère bien limité, à bords très nets, en forme d'entonnoir profond. En dernier lieu, la pustulette est remplacée par une croûtelle jaune brunâtre, non enchâssée, qui s'enlève facilement, et la lésion guérit, sans laisser de cicatrices, au bout d'un temps que le malade ne peut déterminer. Tous les éléments sont en rapport avec un orifice folliculaire, mais il n'y a pas de relation entre le volume des lésions et celui des poils. Ainsi sur les flancs et dans le dos, on voit des lésions aussi volumineuses que sur la face externe des avant-bras et sur la région présternale. Le malade est très peu velu naturellement, il ne présente sur la poitrine qu'un groupe d'une quinzaine de poils. Les aisselles et le pubis sont bien fournis. Le reste du corps est presque glabre, mais le malade a toujours été ainsi.

Sur le tronc et le côté de flexion des membres, l'éruption ne paraît laisser aucune trace, mais sur le côté de l'extension des membres et notamment sur la partie postéro-externe des bras et des avant-bras, tous les orifices folliculaires sont marqués d'une petite cicatrice ronde, blanche, large de 1 millimètre, légèrement déprimée et assez analogue à celles que produit la kératose pilaire. Certaines de ces cicatrices sont centrées par un poil qui a donc survécu, d'autres sont dépourvues de poils, de sorte que dans l'ensemble la moitié ou les trois quarts des poils ont disparu.

L'éruption occupe toute la surface cutanée sauf les pieds, les mains, la

face et la partie supérieure de la poitrine. Elle est extrêmement abondante et, sauf aux endroits ci-dessus mentionnés, on ne trouverait guère un centimètre carré de peau qui ne porte une ou plusieurs lésions anciennes ou récentes. Partout on trouve des lésions à tous les stades de leur évolution. Elles sont toujours disséminées sans ordre, sans aucun groupement, sans prédominance en aucune région.

Le malade est un cultivateur, marié, père de trois enfants bien portants. Il n'a jamais présenté aucun symptôme, ni de syphilis ni de tuberculose. Actuellement, on ne trouve chez lui aucune lésion viscérale, il n'y a pas d'adénopathie cervicale et l'on trouve seulement quelques petits ganglions dans l'aisselle et l'aine droite et aucune trace de lésion cutanée, si ce n'est l'éruption pour laquelle il vient consulter actuellement.

En raison de l'aspect syphiloïde très accusé des lésions, on donne un traitement mixte avec 25 milligrammes de biiodure de mercure et 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

31 janvier 1900. — L'éruption a un peu diminué, mais il s'est cependant produit de nouveaux éléments. On continue encore le traitement quelques jours.

23 février. — L'état reste stationnaire ; on fait une injection intra-musculaire de 10 centigrammes de calomel.

Mars 1900. — L'éruption a notablement diminué sous l'influence de l'injection de calomel, mais elle n'a pas tardé à reparaître exactement comme avant.

12 décembre 1900. — Le malade revient exactement dans le même état. L'éruption n'a jamais disparu. Elle a cependant diminué à la suite des injections de calomel qui lui ont été faites par le Dr Sidéridis. Depuis quelque temps, il prend de la liqueur de Fowler qui, à ce qu'il assure, lui fait grand bien au point de vue général, mais n'a nullement modifié son éruption.

Le malade a été revu un an plus tard, à la fin de l'année 1901, toujours dans le même état. Son éruption persiste toujours aussi abondante et avec les mêmes caractères, sa santé générale reste parfaite.

Examen histologique. — Il a porté sur quatre éléments éruptifs aussi récents que possible. Dans tous, la lésion est constituée par un foyer de nécrose de l'épiderme et de la partie superficielle du derme entourant un orifice folliculaire.

Dans les coupes passant par le centre de la lésion et en allant de la surface vers la profondeur, on trouve les altérations suivantes :

L'épiderme est soulevé en totalité et nécrosé. Cette nécrose paraît avoir été assez rapide, car on ne trouve guère d'autre altération des cellules que l'absence de toute coloration différenciée ; le noyau et le protoplasma prennent uniquement les couleurs acides et avec la même intensité. Cette couche épithéliale est infiltrée de cellules migratrices, arrondies ou allongées dans les espaces intercellulaires, toutes parallèlement dirigées vers la surface.

La cavité de la vésicule est uniloculaire, elle contient une masse granuleuse de lymphe coagulée dans laquelle on distingue des filaments de fibrine et un grand nombre de grains ronds, inégaux, disséminés, qui se colorent par les colorants nucléaires, mais ne prennent pas le Gram. La

nature de ces grains est difficile à préciser, ce ne sont en tout cas pas des microbes. On trouve encore dans la vésicule des leucocytes polynucléaires et des lymphocytes, mais les éléments cellulaires vivants y sont généralement en petit nombre.

Au-dessous de la cavité vésiculaire, se trouve le derme totalement dénudé de son épiderme et nécrosé jusqu'à une certaine profondeur. Dans la zone de nécrose les faisceaux fibreux sont dissociés en fibrilles, les fibres élastiques sont pour la plupart détruites ; il en persiste un certain nombre, mais on peut voir tous les stades de leur destruction progressive. Tous les éléments cellulaires propres du derme, cellules fixes, endothélium des vaisseaux, sont nécrosés et les noyaux qui ne prennent plus les colorants nucléaires ne se reconnaissent plus que par leur forme. Il y a bien un certain nombre de noyaux colorables, mais ils appartiennent aux globules blancs immigrés ; ce sont pour la plupart des lymphocytes à un seul noyau rond et à protoplasma clair. Cette zone de nécrose présente à sa face profonde un contour régulièrement arrondi et une limite assez nette, bien que dans une préparation il n'y ait nulle part de sillon d'élimination accusé ; il y a toujours continuité des fibres conjonctives entre le tissu sain et le tissu nécrosé.

A la limite du territoire nécrosé, se trouve une zone d'infiltration cellulaire très dense où l'on trouve des lymphocytes en grand nombre, des cellules allongées et fusiformes à noyau plus volumineux et plus pâle que celui des lymphocytes, des vaisseaux dilatés et néoformés. A la périphérie de cette zone d'infiltration, on trouve quelques cellules plasmatiques et, tout à fait à la limite extérieure, des Mastzellen qui s'égrènent dans le tissu sain voisin.

En dehors de cette zone d'infiltration compacte, le derme ne présente pas d'autre altération que des traînées de lymphocytes autour des vaisseaux.

Le foyer de nécrose et surtout la zone d'infiltration qui l'enveloppe, se prolonge un peu plus profondément autour du follicule pileux qui centre la lésion, mais sans dépasser la glande sébacée, que nous n'avons jamais trouvée englobée par la nécrose. La papille du poil est donc à plus forte raison indemne.

Sur une des pièces, la nécrose de l'épiderme a été précédée de la formation d'une vésicule intra-épidermique par le processus de vacuolisation décrit par Leloir. Il s'est formé des vacuoles dans les cellules, l'épiderme a pris un aspect réticulé et les vacuoles ainsi dilatées se sont remplies de lymphocytes immigrés. Ensuite l'épiderme ainsi altéré a subi la nécrose en masse et s'est détaché du derme en formant une cavité tout à fait analogue à celle que l'on observe dans les autres lésions.

Il n'y a nulle part de cellules géantes, et les diverses méthodes de coloration employées n'ont pas fait découvrir de microbes, notamment pas de bacilles.

Le secrétaire,

P. DÉHU.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Traitement de la blennorrhagie.

Traitement abortif de la blennorrhagie, par Blaschko. *73. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte*, septembre 1901.

B. met en garde contre les solutions fortes, surtout contre les solutions concentrées de nitrate d'argent. Pour le traitement abortif il suffit d'employer une solution de protargol, tout au plus de 2 p. 100, ou d'albargine de 1 p. 100. Il faut les laisser seulement deux minutes.

Franck dit qu'il y a des cas dans lesquels les solutions concentrées n'empêchent pas l'éclosion de la blennorrhagie; ces cas deviennent en général très graves dans leur évolution ultérieure. L'inefficacité des traitements abortifs dépend de trois facteurs : de lésions consécutives à des blennorrhagies antérieures (rétrécissements, infiltrats), ou bien il s'agit de cas de maladie des annexes glandulaires de nature congénitale ou acquise (canaux para-uréthraux, lacunes utriculaires de Morgagni), enfin une uréthrite postérieure. Comme traitement abortif, F. emploie les lavages de Janet deux fois par jour. Souvent les gonocoques disparaissent après trois lavages. Sur 78 cures abortives, F. a obtenu des résultats favorables dans 40 cas, car les malades, après au plus trois lavages, étaient indemnes de gonocoques. Dans 36 cas le résultat fut négatif; 22 fois l'urèthre postérieur était envahi par des gonocoques et 16 fois il existait des canaux para-uréthraux.

Neuberger s'élève contre l'opinion d'Oberländer et de Kollmann qui attribuent à l'endoscopie une importance exagérée.

Buschke et Finger ne croient pas que l'uréthroscopie soit la seule méthode de diagnostic pour reconnaître les reliquats d'une blennorrhagie infectieuse. L'examen microscopique des filaments est le point principal.

Löwenheim met en garde contre la dilatation précoce qui est souvent suivie de rétrécissement.

Wassidlo fait remarquer que les partisans de l'endoscopie examinent aussi les filaments, mais ne dédaignent pas non plus les méthodes physiques de diagnostic.

Neisser reconnaît les grands mérites de l'école endoscopique, mais trouve que les traités d'endoscopie n'indiquent l'endoscopie que comme un moyen précieux de diagnostic, ce qui ne correspond pas aux faits.

Galewsky et Ullmann ne peuvent pas approuver l'opinion d'Oberländer qui n'attache pas d'importance au gonocoque.

Honcamp emploie comme traitement abortif de petites bougies d'un pourcentage très faible de protargol ou d'albargine.

Lewin étend la limite jusqu'au quatrième jour des premiers symptômes cliniques. Il fait ensuite des lavages avec des solutions de protargol à 2 p. 1 000 ou d'albargine à 50 centigrammes pour 1 000. Il attribue l'efficacité du traitement plutôt à son action mécanique qu'à son action chi-

mique. Dans 33 à 35 p. 100 des cas il a obtenu un bon résultat après deux à trois lavages.

NEISSER préfère la méthode de Blaschko à celle des lavages pour lesquels il n'emploie que des solutions salines indifférentes. Comme traitement abortif, il recommande des solutions glycérinées de 2 à 3 p. 100 de protargol et 5 à 10 p. 100 d'antipyrine, qui provoquent de l'irritation, mais pas de douleur. L'antipyrine est bien préférable à la cocaïne et à l'eucaïne.

BRACHT insiste sur ce que la partie essentielle des nouvelles préparations argentiques est le nitrate d'argent.

WASSIDLO a vu, après l'emploi, comme traitement abortif, d'une solution de protargol à 4 p. 100, survenir : 1° des douleurs très vives ; 2° un rétrécissement rapide de l'urèthre.

STEIN emploie avec succès dans la blennorrhagie de la femme des sondes avec 4 p. 100 de protargol et 1/2 à 2 p. 100 d'ichtyol.

WESTBERG conseille de faire chaque jour une injection avec une solution chaude d'acide borique à 3 p. 100, et le matin une injection prolongée de protargol. A la suite d'injections de cocaïne à 10 p. 100 il a observé deux fois un gonflement considérable de l'urèthre. A. DOYON.

L'airol dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique (L'airolo nella cura dell' uretrite blenorragica), par VIGNOLO-LUTATI et P. BENASSI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1902, fasc. 1, p. 43.

L'airol (gallate d'oxyiodure de bismuth) a été expérimenté par V. et B. dans 19 cas de blennorrhagie aiguë ; ils se sont servis de la formule de Legueu et Lévy (airol 2, eau distillée 5, glycérine 15), mais l'ont bientôt abandonnée pour employer des solutions dans la glycérine à doses variant de 5 à 25 p. 100, les doses les plus élevées n'étant utilisées qu'à la fin du traitement. Avec la solution de Legueu et Lévy, ils ont obtenu 1 fois en 6 jours la disparition des gonocoques et en 10 jours la cessation de toute sécrétion uréthrale; dans 2 cas, les gonocoques avaient disparu au bout de 20 injections, et dans 3 cas au bout d'une quarantaine d'injections ; dans 4 autres cas les gonocoques étaient encore nombreux au bout de 50 injections et plus, comme si on n'avait fait aucun traitement. Parmi les cas traités par la solution glycérinée d'airol à dose élevée, les gonocoques avaient disparu complètement au bout de 6 à 12 injections, et après environ 25 injections il ne restait plus trace de sécrétions. Dans 2 cas traités par les injections à doses allant de 2,5 à 25 p. 100, il n'y a eu aucun bon résultat. V. et B. concluent de leurs recherches que l'airol peut être employé utilement dans les uréthrites antérieures aiguës, qu'il n'a aucune efficacité dans les uréthrites aiguës totales; que, dans les uréthrites antérieures aiguës il n'est utile que dans les cas où son emploi immédiat est suivi d'une diminution rapide des gonocoques, et que dans le cas contraire il est inutile d'insister ; que la concentration des solutions doit être variée suivant les tolérances individuelles, que c'est seulement chez les sujets qui tolèrent les hautes doses qu'on obtient de bons résultats ; que la formule qui donne les meilleurs résultats est celle dans laquelle l'excipient est la glycérine pure. G. T.

Le Gérant, PIERRE AUGER.

Corbeil. Imprimerie ÉD. CRÉTÉ.

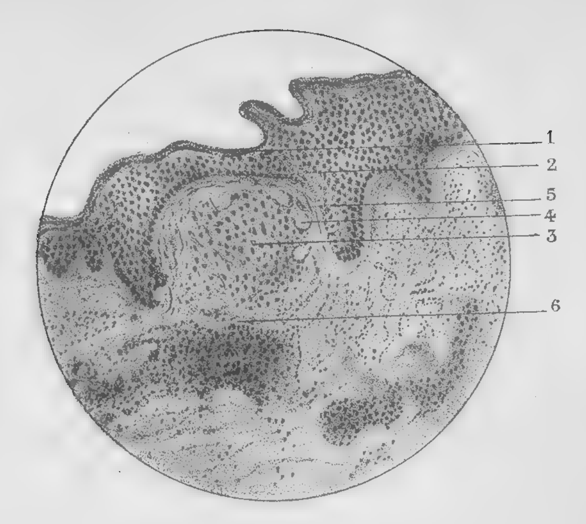


Fig. 1.

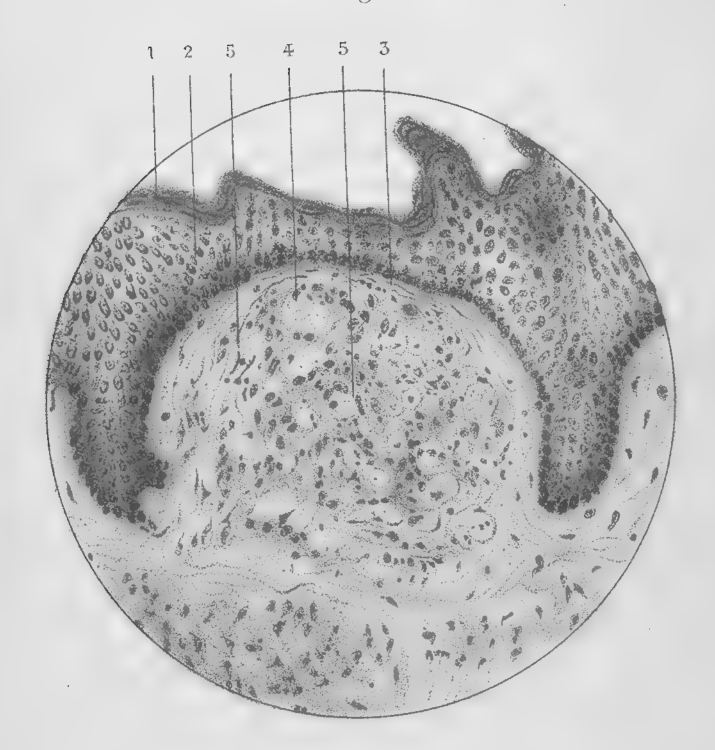


Fig. 2.

E. Escomel, del. Imp. L. Lafontaine, Paris. V. Roussel, lith.
Masson et Cie, éditeurs.

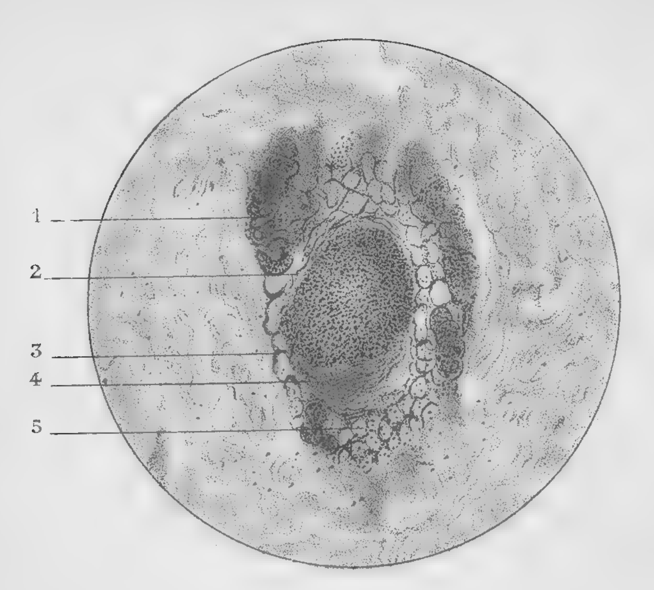


Fig. 3.

Fig. 4.

E. Escomel del. Imp. L. Lafontaine, Paris. V. Roussel, lith.
Masson et Cie, éditeurs.

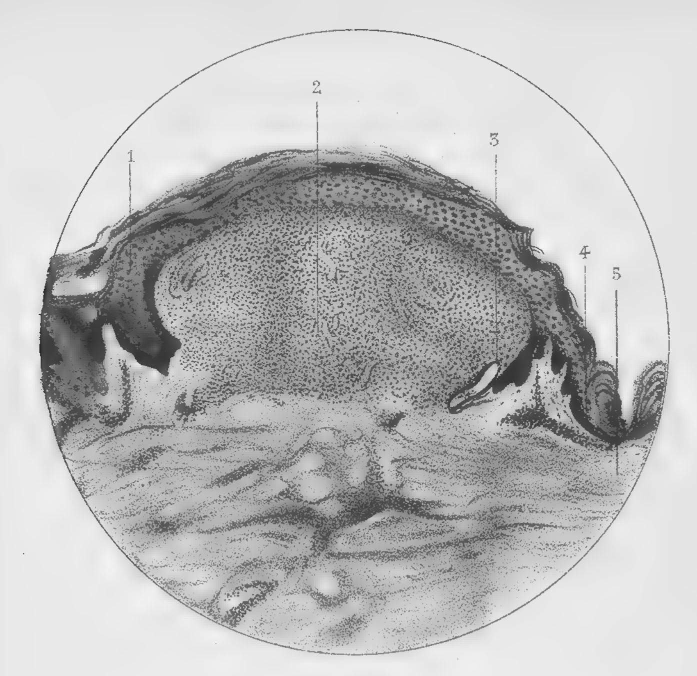


Fig. 8.

7
1

5 6 3 2 3 4 8 4

Fig. 7.

E. Escomel, del. *Imp. J. Lafontaine, Paris.* *V. Roussel, lith.*

Masson et Cie, éditeurs.

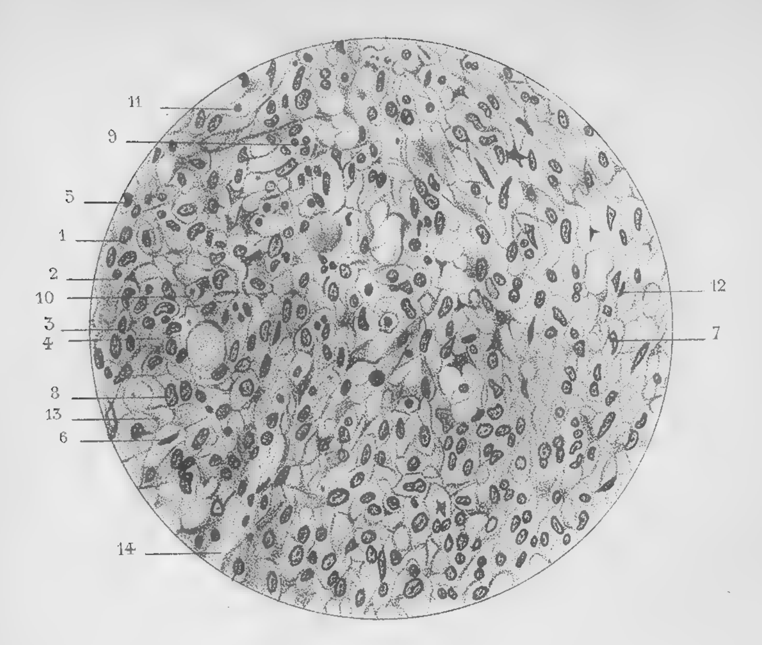


Fig. 5.

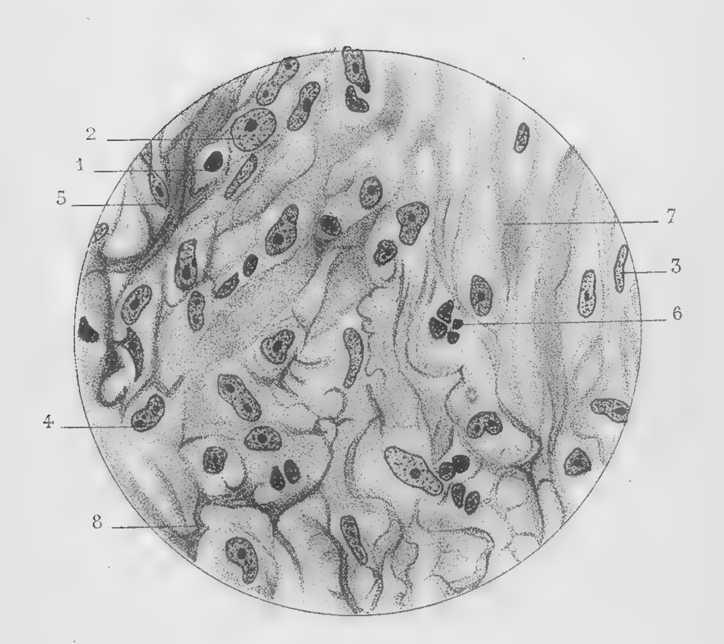


Fig. 6.

E. Escomel, del. Imp. L. Lafontaine Paris. V. Roussel. lith.

Masson et Cie, éditeurs.

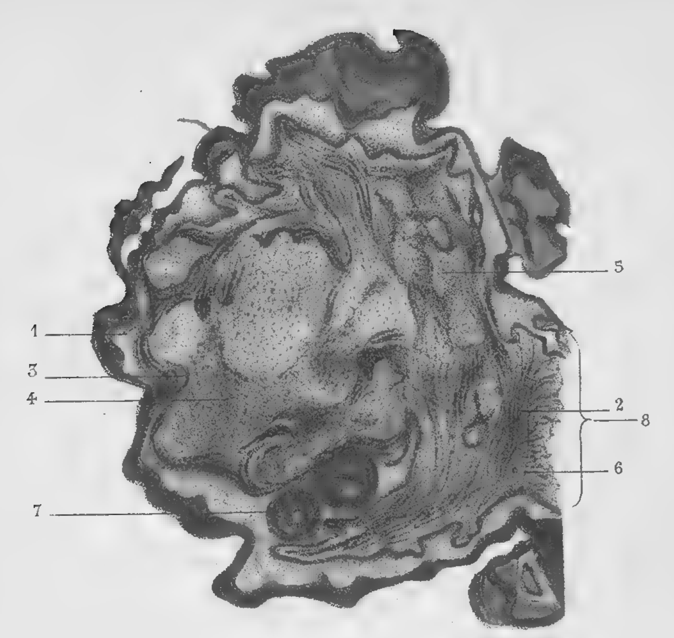


Fig. 9.

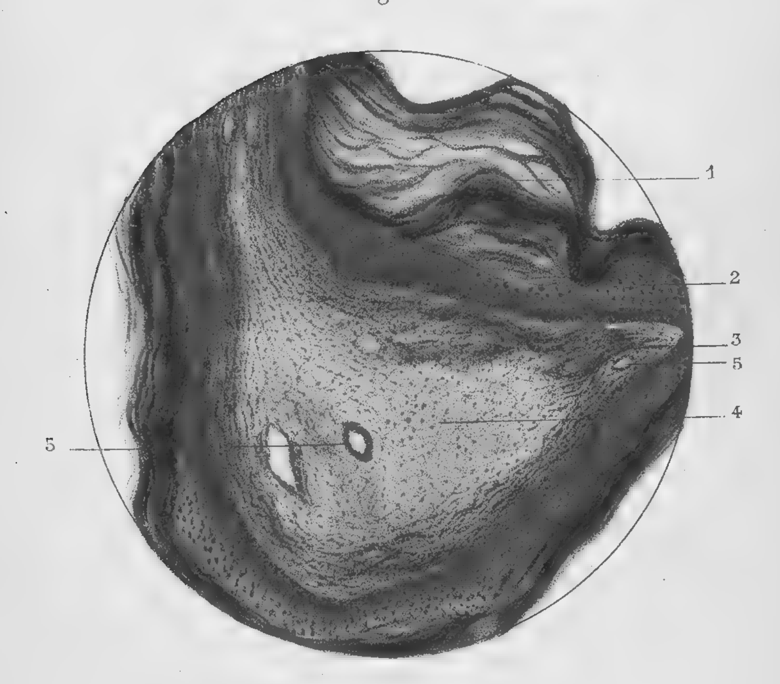


Fig. 10

E. Escomel, del. *Imp. L. Lafontaine, Paris.* *V. Roussel, lith.*

Masson et Cie, éditeurs.

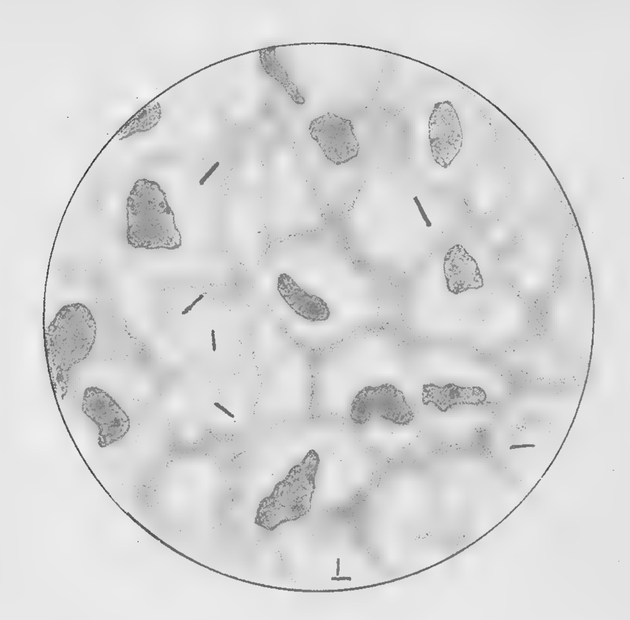


Fig. 11.

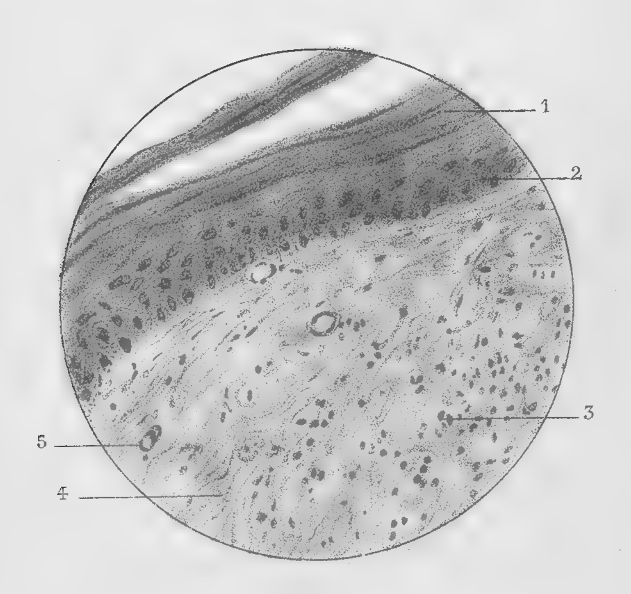


Fig. 12.

E. Escomel, del.

Imp. L. Lafontaine, Paris.

V. Roussel, lith.

Masson et Cie, éditeurs.

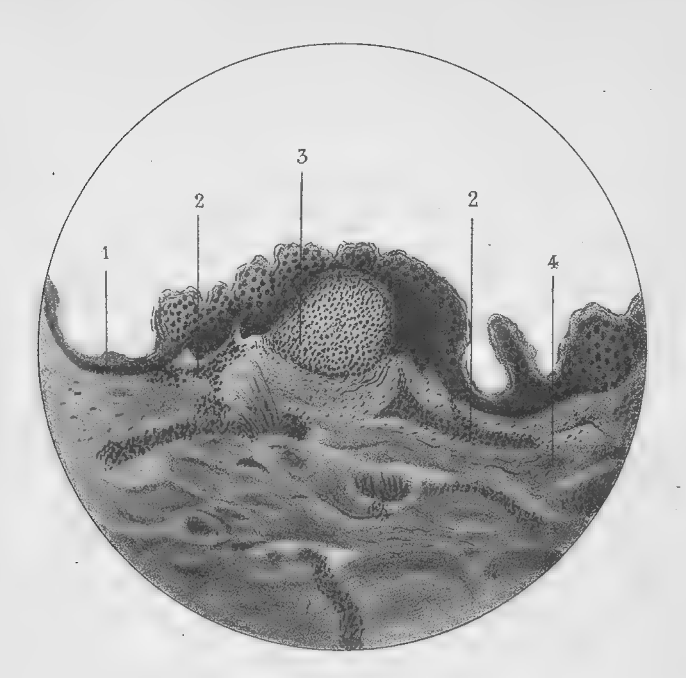


Fig. 13.

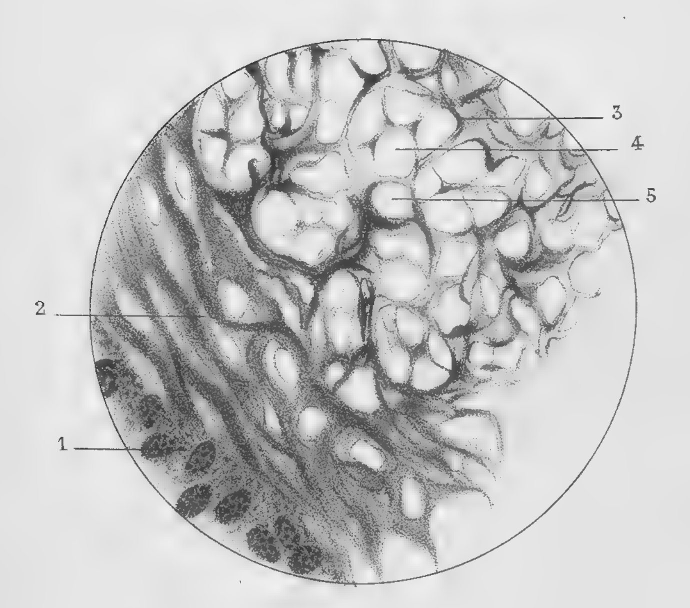


Fig. 14.

E. Escomel. del. Imp. L. Lafontaine, Paris. V. Roussel, lith.

Masson et C.ie, éditeurs.



TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT INTENSE ET PRÉCOCE DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SUBLIMÉ

Par le professeur **Tommasoli** (Palerme).

Lorsque M. le professeur Baccelli, de Rome, présenta, comme une nouvelle et précieuse conquête de la médecine moderne, les injections intraveineuses de sublimé, répétant des tentatives que d'autres avaient faites avant lui (Dupuis, 1825-1830), mais qui étaient restées entièrement inconnues et infructueuses, les principes fondamentaux avec lesquels je réglais dans ma pratique le traitement de la syphilis étaient les suivants :

1° Faute de notion précise sur le virus syphilitique, il est encore malheureusement impossible de savoir comment le mercure agit contre la syphilis ; il est probable qu'il exerce son influence à la fois de deux manières différentes : comme *antiparasitaire* — action bactéricide — contre l'agent spécifique (infection syphilitique), et comme *antiplastique* — action résolutive — contre les réactions organiques *néoplastiques* (syphilisme) que provoque l'infection ; mais il est certain qu'il exerce contre la syphilis une action nettement bienfaisante assez constante et assez singulière pour mériter le nom d'*action spécifique.*

2° Cette action spécifique est d'autant plus évidente que l'infection est plus récente, et beaucoup de faits cliniques et expérimentaux autorisent à retenir que l'infection syphilitique peut être complètement arrêtée par un traitement mercuriel énergique à un moment quelconque de son cours, mais plus spécialement dans ses premiers mois, et encore plus spécialement lorsque l'infection ne s'est pas encore révélée par les accidents généraux spécifiques.

3° Conséquemment le traitement mercuriel doit être commencé le plus tôt possible, c'est-à-dire quand le diagnostic du syphilome initial est posé; et pendant les premiers temps il doit être aussi énergique que possible.

4° Après la première attaque intense contre l'infection par les préparations mercurielles, le traitement doit être continué par intervalles, mais avec une intensité de moins en moins grande et par périodes de plus en plus courtes, pendant trois ans environ, sans se préoccuper de savoir s'il existe ou non des manifestations syphilitiques, sauf à le prolonger cinq ans et plus, quand la ténacité insolite de la

maladie, toujours récidivante, l'exige ou quand la gravité insolite de l'infection demande un traitement plus long et des périodes de traitement plus fréquentes et plus intenses.

5° La méthode la meilleure, pour faire le traitement le plus énergique et le moins dangereux qu'il soit possible, est celle des injections hypodermiques, aidées par l'emploi consécutif ou même contemporain des préparations iodiques qui seront prescrites à dose d'autant plus élevée que l'infection est plus ancienne ; mais, qu'on emploie pour les injections les sels solubles de mercure ou les insolubles, on ne peut dire que cette méthode possède tel degré d'énergie qu'on puisse en rester satisfait sans désirer mieux.

Tels étaient les principes fondamentaux de thérapeutique antisyphilitique que je professais lorsque le professeur Baccelli fit connaître aux médecins sa nouvelle méthode. Et, comme cette nouvelle méthode d'un côté ne contrariait pas mes idées thérapeutiques, de l'autre promettait même *a priori* de remédier à l'insuffisance des autres méthodes, en nous offrant un moyen beaucoup plus prompt et beaucoup plus actif pour attaquer l'infection dès son commencement, on comprend facilement le bon accueil que je lui fis. J'attendis cependant quelque temps pour connaître les résultats des essais que je savais déjà commencés par un grand nombre d'autres médecins et être assuré que la nouvelle méthode n'était nullement dangereuse chez l'homme. Et lorsque j'eus cette assurance, alors que d'autres cliniciens demandaient aux injections intraveineuses de sublimé la guérison des cas les plus graves et les plus anciens de syphilis, je résolus de leur demander ce qui, dans tous les cas où l'infection est certaine, est toujours pour chaque médecin le suprême idéal ; je résolus de leur demander l'*avortement de la syphilis.*

*
* *

Pour tenter le traitement abortif de la syphilis d'une façon vraiment soigneuse et démonstrative, je me fixai à moi-même, dès le début de mes recherches, comme indispensables trois conditions, à savoir : 1° que l'infection fût encore indubitablement dans sa période primaire ; 2° que le diagnostic du syphilome initial fût aussi sûr que possible ; 3° que les malades soumis à l'expérience pussent rester facilement en observation pendant le plus long temps possible.

C'est pourquoi, dès le début, je ne fis porter mes expériences que sur les malades qui présentaient un syphilome classique et récent, qui ne présentaient pas encore trace de roséole et qui me semblaient intelligents, soigneux de leur santé, qui connaissaient bien le but que je me proposais moi-même, et de préférence ceux qui demeuraient dans ma ville ou dans les environs. Et, lorsque après la première année d'essais j'ai vu qu'il n'était pas possible dans tous

les cas, malgré toutes les recommandations et toutes les précautions, d'exécuter le traitement, d'en contrôler les résultats dans la forme et la mesure désirées, et lorsque j'ai vu de plus que, si le traitement par les seules injections intraveineuses était commencé à une phase avancée de la période primaire, le but dans plusieurs cas n'était pas atteint, je devins encore plus rigoureux qu'auparavant, pour le choix des malades. C'est pour cette raison que, dans l'espace de sept ans, je n'ai soumis que 44 malades à la méthode abortive.

*
* *

La méthode que j'ai suivie dans mes essais est la suivante :

Pendant la première année, je commençai les injections intraveineuses de sublimé à une époque quelconque de la période primaire ; je les ai commencées même lorsque la tuméfaction des ganglions lymphatiques épitrochléens et cervicaux indiquait que l'infection avait déjà agi en distance ; je les ai commencées même lorsque quelque phénomène prodromique (douleurs rhumatoïdes, céphalée, fièvre) annonçait la prochaine explosion des manifestations spécifiques générales. En outre, je faisais le traitement avec toutes les précautions nécessaires en ces cas, en me tenant aux doses de sublimé dont, à plusieurs reprises, d'autres médecins avaient déjà démontré l'innocuité, avec un *minimum* de 2 milligrammes par injection et avec un *maximum* de 6 milligrammes qui dans un petit nombre de cas seulement a été élevée jusqu'à 8 milligrammes. Et, enfin, depuis le commencement de mes recherches, j'avais pris pour règle de n'employer que les seules injections intraveineuses et, lorsque j'avais atteint le nombre maximum d'injections que la patience ou les occupations du malade et la capacité de ses veines superficielles me permettaient, je congédiais le patient, lui recommandant seulement de se faire revoir de loin en loin, et de revenir me trouver dès qu'il observerait quelque fait morbide que ce soit, fût-ce même les plus insignifiantes éruptions érythémateuses sur lesquelles je me faisais un devoir de l'instruire le mieux possible.

Mais après la première année je commençais à me convaincre nettement de quatre points, à savoir que :

1° Pour chaque injection intraveineuse on peut impunément dépasser, même de beaucoup, la dose de 6-8 milligrammes sans avoir à redouter de contre-temps ni prochains ni relativement éloignés ;

2° Les injections intraveineuses donnent de bons résultats, d'autant meilleurs que la dose du médicament introduite est plus élevée ;

3° Elles atteignent d'autant moins facilement leur but, que la fin de la période primaire est prochaine ;

4° Afin d'assurer plus encore le bon résultat final et d'obtenir que les malades restent plus longuement en observation, il était

nécessaire de ne pas trop se fier à leurs promesses, et d'être beaucoup plus circonspect pour leur choix, et il était de plus nécessaire d'obliger tous les malades à revenir pour continuer leur traitement soit par la même méthode des injections intraveineuses, soit par une autre méthode, chose — disais-je à mes malades — absolument nécessaire pour assurer le bon résultat du traitement abortif déjà fait.

Et, grâce aux suggestions de cette expérience, je n'accceptai, sauf des cas spéciaux, que des sujets dont l'infection ne remontait pas à plus de 40 jours. Je commençais ordinairement le traitement avec 6 à 8 milligrammes de sublimé par injection et j'arrivais toujours en peu de temps jusqu'à 14 à 16 milligrammes et quelquefois même jusqu'à 18 à 20 milligrammes par injection; et, au lieu de me borner à l'emploi de ces injections, comme le but ultime de mes recherches n'en était ni diminué ni altéré, attendu qu'il est incontestable que les anciennes méthodes, quelle que soit l'époque de l'infection où on les emploie, ne produisent que très rarement l'avortement de la syphilis ; — au lieu, dis-je, de me borner aux seules injections intraveineuses, je fis suivre, pendant quelques mois, même les autres traitements spécifiques ordinaires.

Actuellement la méthode que je suis dans tous les cas est la suivante :

1° *Je ne soumets au traitement abortif que les malades chez lesquels le diagnostic de syphilome initial est assuré et dont l'infection a été contractée depuis moins de 40-45 jours.*

2° *Il est nécessaire d'être d'autant plus rigoureux dans le traitement que l'infection est plus ancienne :* a) *en élevant promptement le sublimé aux doses de 14-16-18 milligrammes;* b) *en exigeant que les injections soient faites presque tous les jours et pendant le plus grand nombre de jours qu'il est possible ;* c) *en continuant ensuite pendant un temps plus ou moins long et tant que le malade y consent, les traitements supplémentaires (frictions mercurielles, injections intramusculaires soit de sublimé, soit de calomel, ou pilules de proto-iodure) avec de courts intervalles de traitement à l'iodure de potassium ou de repos absolu de tout traitement spécifique.*

3° *Je préviens et je combats le très faible ptyalisme, que dans quelques cas j'ai vu se montrer même immédiatement après les premières injections et à très courte distance de l'injection, par l'hygiène la plus sévère de la bouche et par l'usage répété du chlorate de potasse, du borate de soude et de l'alun.*

4° *Je préviens et je combats la faiblesse générale qui peut se produire dans beaucoup de cas pendant le traitement, par les précautions hygiéniques ordinaires concernant particulièrement le régime, et par l'administration d'une liqueur renfermant du fer, de l'arsenic, du phosphore, du manganèse et de la strychnine.*

*
* *

Par cette méthode que j'ai progressivement modifiée et améliorée par sept années d'essais, chez 44 malades traités depuis les premiers mois de 1896 jusqu'au mois d'août 1902, j'ai déjà obtenu chez 30 malades le plus consolant des succès. En effet, dans 8 de ces cas l'observation dure de 1896; dans 4 de 1897; dans 2 de 1898; dans 4 de 1899; dans 3 de 1900; dans 4 de 1901; et, dans les quatre derniers, l'observation dure seulement de quelques mois, il est vrai, mais le nombre de ces mois est assez élevé pour que des accidents secondaires aient pu et dû déjà paraître.

Et si parmi ces sujets, au nombre de 30 environ, auxquels le sublimé n'a plus été administré aux doses homœopathiques que j'employais au début de mes recherches, on trouve 5 cas d'insuccès, c'est-à-dire 16 p. 100 environ, le fait tient à ce que, dans ces cas, le traitement, ou bien a été commencé trop tard (obs. 26, 30, 34, 35), ou bien a été trop léger (obs. 27) et fait avec des intervalles irréguliers et trop éloignés d'une injection à l'autre (obs. 26, 30, 35). Outre ces 30 cas, pour lesquels j'ai dit qu'après une observation prolongée, il m'est permis de faire valoir un succès complet, je pourrais bien faire valoir un succès dans 6 autres cas (obs. 1, 5, 6, 7, 8, 10) parce que, même dans ceux-ci, il n'est jamais apparu aucun accident secondaire.

Cependant dans tous ces cas il s'agit de malades qui, après le premier traitement, n'ont plus été revus ou n'ont été revus qu'un petit nombre de fois, et quoiqu'il ne soit pas défendu de considérer comme un bon signe le fait qu'ils ne sont plus revenus à la clinique et d'admettre que le premier traitement a été suffisant à les guérir, je préfère ne pas en tenir compte, excepté pour en tirer une fois de plus la démonstration que la méthode n'est pas nuisible.

Je vais maintenant relater brièvement les observations de mes malades.

Observation I. — A. G..., paysan, âgé de 56 ans, marié, de bonne constitution physique. Début de l'infection : 22 décembre 1895. Découverte du syphilome au sillon balano-préputial, le 3 janvier 1896.

Le 21 janvier il se présente avec un phimosis, une induration sous-préputiale du volume d'une noisette, et une adénopathie satellite très notable à l'aine gauche.

Injections intraveineuses avec moins de 2 milligrammes de sublimé, du 21 janvier au 9 février, en augmentant progressivement la dose jusqu'à 6 milligrammes par injection.

Nombre des injections pendant 20 jours : 18.

Sublimé introduit : 0,068.

Pas d'inconvénient. Le malade quitte la clinique guéri de son phimosis et avec une mince induration résiduelle à la place du syphilome.

L'adénopathie de l'aine a peu diminué. Il promet de revenir, mais nous ne l'avons pas vu.

Obs. II. — P. C..., commerçant, célibataire, âgé de 35 ans, de faible cons-

titution. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome dans les premiers jours de février 1896. Se présente le 5 mars 1896 avec un résidu du syphilome presque cicatrisé au voisinage du frein, et une adénopathie satellite bilatérale encore très prononcée. Les ganglions épitrochléens et les cervicaux sont également engorgés et peu douloureux. Céphalée le soir et faible degré de fièvre.

Commencement des injections : 5 mars 1896.

Du 5 au 31 mars, 21 injections. Quantité totale de sublimé : 76 milligrammes.

Pendant le mois d'avril, il reçoit 9 injections (53 milligrammes).

Pendant le mois de mai jusqu'au 2 juin, 14 injections (84 milligrammes).

Total des injections: 44. Sublimé injecté : 213 milligrammes.

Dans ce délai de temps, la céphalée et la fièvre, qui avaient disparu après la deuxième injection, sont reparues, mais toujours à un degré peu prononcé, et il apparut également des douleurs rhumatoïdes fugaces.

En outre, le 2 mars, c'est-à-dire 6 jours après le commencement du traitement par les injections intraveineuses et lorsqu'on n'avait encore injecté que 14 milligrammes de sublimé, sont apparues sur le tronc des syphilides érythémato-papuleuses. Le 20 avril, alors qu'on avait injecté 3 milligrammes de bichlorure, on voit des taches sur le visage. Le 6 mai, après avoir injecté 129 milligrammes de sublimé, le malade se représenta avec une syphilide papuleuse en corymbes au visage et une syphilide acnéiforme au tronc et aux membres.

Pas d'accidents pendant le traitement.

Obs. III. — B. A..., étudiant, âgé de 21 ans, célibataire, de bonne constitution. Découverte du syphilome le 10 mars 1896. Époque de l'infection, douteuse. Se présente le 17 mars avec un syphilome classique au niveau du frein et une adénopathie satellite à l'aine gauche.

Commence le traitement le 17 mars 1896 lorsque l'infection datait déjà de 20 à 25 jours.

Du 17 mars au 8 juin on pratique 60 injections (14 en mars, 21 en avril, 21 en mai, 4 en juin) ; au total on injecta 33 centigrammes de sublimé et on atteignit la dose maxima de 6 milligrammes par injection. Après 10 injections (37 milligrammes de sublimé), le syphilome ulcéré était déjà cicatrisé et il ne restait qu'une induration très diminuée. Pas de manifestations spécifiques générales. Le malade s'est marié en 1898 et a été revu par nous pendant toute l'année 1899 ; il a joui toujours de bonne santé. Pas d'accidents, à l'exception d'un très léger ptyalisme, qui venait une demi-heure environ après l'injection, alors qu'on n'injectait que 3 milligrammes de sublimé.

Après la cinquième injection le ptyalisme a disparu.

Obs. IV. — P. A..., âgé de 16 ans, commis de magasin, de bonne constitution. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome : 11 mars 1896. Dernier coït, 26 février 1896, mais le malade ne peut rien préciser.

Se présente le 19 mars 1896 avec un syphilome ulcéré classique dans le sillon balano-préputial et une adénopathie bien prononcée bilatérale. Engorgements ganglionnaires des régions cervicale et épitrochléenne.

Il commence les injections intraveineuses le 19 mars et les continue jusqu'au 19 avril. Total des injections : 19 (13 en mars et 6 seulement en avril, parce que le malade manque quelquefois de se présenter).

Quantité totale de sublimé : 67 milligrammes seulement. La dernière fois on avait injecté le maximum, soit 6 milligrammes.

Le 18 avril on observe quelques taches de roséole et à partir du 19 avril le malade n'est pas revenu. Le syphilome s'était cicatrisé immédiatement après la septième injection, mais les ganglions étaient presque les mêmes.

Pas d'inconvénients pendant le traitement, excepté de la rougeur de la gorge.

Obs. V. — M. T..., étudiant, âgé de 20 ans. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome : 27 février 1896, mais ce fait ne peut être accepté comme positif.

Se présente le 31 mars avec un syphilome qui a été d'abord double, mais qui à présent est devenu unique dans le sillon balano-préputial et une adénopathie inguinale bilatérale, très développée. Tous les autres ganglions lymphatiques sont sensibles ; mais, eu égard à la constitution lymphatique du sujet, on ne sait pas à quoi les attribuer. Douleurs légères aux articulations et peu de céphalée.

Commencement des injections intraveineuses, le 31 mars, avec 2 milligrammes de bichlorure. En avril il reçoit seulement 13 injections, parce qu'il est obligé de temps à autre de s'absenter ; on injecte 70 milligrammes du médicament.

Du 1er au 18 mai il reçoit 11 injections (60 milligrammes), puis il cesse de revenir.

Total des injections : 25 en 49 jours. Quantité totale du sublimé : 132 milligrammes. Maximum de la dose de la neuvième injection jusqu'à la fin, 6 milligrammes.

Après la sixième injection, le syphilome était presque guéri.

Après la quatrième, la céphalée et les douleurs articulaires avaient disparu. Les ganglions diminuèrent très peu pendant tout le traitement. Le malade n'a plus été revu.

Pendant le traitement, pas de manifestations spécifiques.

Pas d'inconvénients, seulement une très forte douleur soudaine à la jambe droite, après la troisième injection de 3 milligrammes faite au bras droit et une légère saveur métallique, survenant quelques minutes après les trois premières injections.

Obs. VI. — D. G..., mécanicien, âgé de 17 ans, de bon aspect. Époque probable de l'infection, 4 mars 1896. Apparition du syphilome : 20 mars. Se présente le 31 mars avec un syphilome ulcéré, classique à la face interne du prépuce et une adénopathie inguinale à gauche, bien prononcée.

On fait la première injection de 2 milligrammes de sublimé le 31 mars.

En avril on fait 18 injections (92 milligrammes de bichlorure).

Du 1er au 15 mai on fait 8 injections (46 milligrammes de bichlorure).

Total des injections : 27 pendant 46 jours. Quantité de sublimé, 140 milligrammes jusqu'au 15 mai 1896, jour où le malade a été vu pour la dernière fois ; pas de manifestations générales de syphilis. Le syphilome était guéri au milieu d'avril. L'adénopathie restait encore sensible. Pas d'inconvénients.

Obs. VII. — M. M..., paysan, âgé de 26 ans, célibataire, d'aspect sain. Découverte du syphilome, 11 avril 1896, 20 jours environ après le dernier coït.

Se présente le 18 avril avec un syphilome classique ulcéré sur la face interne du prépuce, à droite. Adénopathie satellite inguinale bilatérale.

La première injection a été faite le 18 avril, 30 jours environ après l'infection, avec 2 milligrammes de sublimé, et du 18 avril au 8 juin (52 jours) il a été fait 29 injections, dont les 23 dernières contenaient chacune 6 milligrammes de sublimé.

Quantité totale de bichlorure : 155 milligrammes.

Le syphilome, au bout de 15 jours, était déjà presque disparu, et l'adénopathie très améliorée. Pas de manifestations spécifiques pendant le traitement ; pas d'inconvénients, seulement un peu de salivation après les premières injections.

Obs. VIII. — Z. R..., prostituée, âgée de 26 ans, forte et saine. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome dans les premiers jours d'avril 1896, mais cette date n'est pas certaine. Se présente le 21 avril avec une ulcération dure, indolente, au méat urinaire, presque cicatrisée et une adénopathie bien prononcée aux aines.

On observe de gros ganglions à la région cervicale droite, les épitrochléens sont également pris.

On commence le traitement le 23 avril avec 2 milligrammes de sublimé et on est obligé de suspendre le 29 mai parce que la malade, en voyant le syphilome déjà guéri, veut absolument sortir.

Total des injections : 23 en 37 jours. Quantité totale de sublimé : 104 milligrammes.

Lorsque la malade quitte le service, même les adénopathies multiples avaient subi une sensible amélioration. Pas de manifestations spécifiques. Pas d'inconvénients. Seulement une légère salivation, rapidement arrêtée par le chlorate de potasse. La malade, bien qu'elle soit une prostituée surveillée, n'a pas été revue.

Obs. IX. — M. V..., garçon, âgé de 27 ans, célibataire, sain et fort. L'infection remonte aux derniers jours de février 1896. Découverte du syphilome le 18 mars.

Se présente le 21 avril avec un reliquat de syphilome ulcéré dans le sillon balano-préputial et une adénopathie satellite particulièrement caractéristique et sensible de l'aine droite. On commence de suite le traitement, 55 jours environ après l'infection, par une injection intraveineuse de 2 milligrammes de sublimé et jusqu'au 25 avril on pratique 5 injections (17 milligrammes de sublimé).

Puis le malade sort pendant 4 jours pour des motifs personnels. Du 30 avril au 8 juin, il reçoit 20 autres injections (120 milligrammes de sublimé). Le 6 juin on remarque une roséole et après deux autres injections, le malade suspend le traitement. Total des injections : 25. Quantité totale de sublimé injecté : 137 milligrammes. Pas d'inconvénients.

Obs. X. — R. D..., étudiant, célibataire, âgé de 19 ans, d'aspect excellent. Époque probable de l'infection : 27 mars 1896. Apparition du syphilome vers le 15 avril. Se présente le 1er avril avec un syphilome classique presque

guéri dans le sillon et une adénopathie caractéristique dans les deux aines.

On commence le traitement le même jour, environ 66 jours après l'infection, par une injection intraveineuse de 2 milligrammes. A la quatrième injection la dose a été élevée à 6 milligrammes et quelquefois même à 8 milligrammes, en oscillant toujours de 4 à 8 milligrammes, selon que la température permettait de donner au traitement une plus ou moins grande énergie. Total des injections, 33 (consécutivement, pour regagner le temps perdu entre l'époque de l'infection et le commencement du traitement). Quantité totale de sublimé : 153 milligrammes.

Au moment des vacances d'été, le malade n'avait encore présenté aucun accident de syphilis générale, mais il ne s'est plus représenté. Le traitement ne produit pas d'inconvénients.

Obs. XI. — G. D..., âgé de 19 ans, riche propriétaire, de bonne constitution. Époque probable de l'infection : 25 mai 1896. Découverte des symptômes : 10 juin.

Se présente le 12 juillet avec un syphilome classique au frein et une adénopathie inguinale caractéristique très prononcée. On commence de suite le traitement, et, jusqu'au 10 juillet, on fait une injection chaque jour en injectant au total 146 milligrammes de sublimé. Puis, du 16 au 24 juillet, on fait 4 injections de 6 milligrammes chacune. Total des injections : 32 en 43 jours. Quantité de médicament injectée : 17 centigrammes. Après les dernières injections seulement, on a observé un peu de ptyalisme. Le syphilome au bout de dix jours avait presque disparu. La pléiade ganglionnaire s'améliora avec rapidité. Pas de manifestations spécifiques. Pas d'inconvénients produits par le traitement, à l'exception d'une faible hyperémie du pharynx ayant duré très peu de jours.

Après les vacances d'été le malade a été revu très souvent ; même dans les années 1897 et 1898, nous l'avons vu fréquemment pour des traitements complémentaires.

Depuis le mois d'octobre 1896 jusqu'à la fin de 1898 le malade, en diverses périodes, a fait 150 injections intramusculaires de sublimé (1 p. 100), et a pris 200 grammes d'iodure. Il a été rencontré et n'a pas eu à se plaindre d'aucun accident spécifique.

Obs. XII. — S. M..., âgé de 23 ans, commerçant joailler, de faible constitution, lymphatique.

Époque de l'infection : 15 juin 1896. Découverte du syphilome le 25 juin. Se présente le 10 juillet avec un syphilome ulcéré classique du sillon et une adénopathie satellite aux aines bien prononcée et prédominante à droite. On commence le traitement le 25e jour après l'infection avec 2 milligrammes de sublimé. Le 11 juillet on fait la 2e injection avec 6 milligrammes. Comme le sujet, très sensible, accuse de la céphalée, du 12 au 16 juillet, on fait tous les jours 2 injections intraveineuses pour fractionner la quantité de sublimé sans en diminuer la dose journalière. Ainsi du 10 au 16 juillet on introduit 57 milligrammes de sublimé, puis du 17 juillet au 1er août on fait 16 injections de 6 milligrammes chacune, à l'exception d'une qui est de 4 milligrammes. Total des injections : 20. Quantité totale de sublimé : 208 milligrammes. Le syphilome est guéri au bout de 10 jours

environ, les adénopathies ont énormément diminué. La saison et des pertes d'argent empêchèrent le malade de se faire traiter pendant plusieurs mois. Mais ensuite nous avons vu souvent le malade, qui a fait d'autres traitements complémentaires, et aujourd'hui encore nous le rencontrons quelquefois ; il n'a pas présenté de manifestations spécifiques quelles qu'elles soient. Il a eu seulement en 1898 une chute très prononcée de cheveux sans caractères particuliers permettant de la rapporter à la syphilis.

De 1896 à 1900 il a fait, en plusieurs séries, 100 frictions mercurielles et a pris 300 grammes d'iodure de potassium. Aujourd'hui sa santé est très bonne.

Obs. XIII. — N. G..., âgé de 25 ans, étudiant, célibataire. Sujet grêle et anémique ; acné vulgaire au visage.

Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome le 9 février 1896. Se présente le 25 février avec un syphilome bien prononcé au voisinage de l'urèthre. Adénopathie inguinale satellite bilatérale très développée. On perçoit également l'engorgement des ganglions lymphatiques épitrochléens et cervicaux. On commence le traitement le même jour avec 3 milligrammes de sublimé. Le 2e jour, injection de 6 milligrammes, le 3e de 8, le 4e de 12 et ainsi de suite on fait 25 injections contenant au complet 281 milligrammes de sublimé. Puis, le 17 juin, le malade reprend une série d'injections intramusculaires de sublimé, et en 1897 les reprend encore et atteint le nombre de 100. Il a pris également 200 grammes d'iodure. Le syphilome initial, après la 8e injection, était modifié et les ganglions très diminués de volume. Pas d'inconvénients produits par le traitement.

Il a été revu pendant toute l'année 1898 et il dit qu'il n'a pas eu de manifestations syphilitiques sur la peau ni sur les muque[illegible]s.

Obs. XIV. — L. S..., étudiant, riche, âgé de 19 ans, de bonne constitution, grand fumeur de cigarettes. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome, 21 octobre 1896. Se présente le 24 octobre avec un syphilome ulcéré typique au frein et adénopathie inguinale droite, initiale, et comme il insiste pour tenter le traitement abortif, on commence des injections intraveineuses de 3 milligrammes de sublimé. Le lendemain la dose est élevée à 6 milligrammes et on continue presque toujours à la même dose jusqu'au 16 novembre. On a fait en total, 24 injections. Ne pouvant plus alors disposer des veines, du 17 au 21 novembre 1896, on fait 5 injections intramusculaires ; puis, dans les premiers jours de décembre, on fait 7 autres injections intraveineuses, presque constamment à la dose de 6 milligrammes et on arrive ainsi au nombre de 31. Quantité totale de sublimé injectée en 31 injections : 176 milligrammes.

Pas d'inconvénients. Le syphilome était déjà presque disparu depuis la sixième injection ; l'adénopathie satellite était améliorée. Tout marchait bien. Mais le malade, toujours troublé par la peur de voir paraître la syphilis, veut, de loin en loin, reprendre les traitements et reçoit en diverses séries 84 injections intramusculaires et prend 150 grammes d'iodure. Au printemps de 1897 il veut revenir aux injections intraveineuses et en fit 4 de 4 milligrammes environ chacune. Au milieu de juin il veut une nouvelle série d'injections intramusculaires. Il était à la quatrième, quand la muqueuse de la langue commença à présenter de très superficielles

exfoliations épithéliales (glossite exfoliative). On suspendit alors tout traitement mercuriel et le malade pendant plusieurs jours ne fuma pas, et toute manifestation buccale a disparu.

La santé a été toujours bonne. Nous rencontrons souvent ce malade dans les rues et jamais nous n'avons su qu'il eût de manifestations générales de syphilis.

Obs. XV. — E. O. C..., jeune, riche, âgé de 22 ans, délicat, grêle, souffrant toujours de l'estomac, grand fumeur de cigarettes. Dernier coït équivoque, le 14 octobre 1896. Il s'aperçoit du syphilome le 2 décembre. Se présente le 13 décembre avec un syphilome ulcéré typique sur le dos de la verge et une adénopathie satellite de l'aine droite très prononcée. Il commence le traitement abortif le 13 décembre par une injection intraveineuse de 4 milligrammes de sublimé. Le lendemain il reçoit deux injections intraveineuses de 6 milligrammes chacune et, comme il n'en éprouve pas de trouble, qu'il les supporte très bien, jusqu'au 24 on fait tous les jours une injection de 6 milligrammes. Au moment des fêtes de Noël on suspend le traitement et on recommence le 6 janvier 1897 pour le suivre jusqu'au 22 janvier, en faisant 4 autres injections de 6 milligrammes, puis 7 injections de 8 milligrammes. Total des injections : 25. Quantité totale de sublimé : 158 milligrammes. Le syphilome était déjà guéri à la huitième injection et l'adénopathie est très réduite. Pas d'inconvénients. Mais le malade n'est pas tranquille et il réclame des traitements nouveaux; de février 1897 à la fin de 1898 il reçoit en diverses séries 40 frictions mercurielles et 150 injections intramusculaires de sublimé et prend 200 grammes d'iodure de potassium. Le 15 mai, en étant dans une courte période de silence et fumant beaucoup suivant son habitude, il vit survenir une forte inflammation du pharynx et des amygdales avec des aphthes sur la langue et la muqueuse des joues.

Craignant que ce ne soient des accidents syphilitiques, il veut qu'on recommence un traitement mercuriel. On revient alors aux injections intramusculaires, mais après la troisième l'inflammation du pharynx, des amygdales et les aphtes s'aggravent et on observa une amélioration après la suspension du traitement. L'inflammation du pharynx devint ensuite chronique parce que le malade, ne redoutant plus qu'elle fût uniquement due à la syphilis, recommença bientôt à fumer et à mener une vie joyeuse. Nous voyons de loin en loin ce malade, devenu notre ami, et nous sommes sûr qu'il n'a pas présenté jusqu'à présent de signes de syphilis.

Obs. XVI. — O. M..., étudiant, âgé de 19 ans, de très bon aspect. Époque de l'infection, 20 septembre 1896. Découverte du syphilome, le 5 octobre. Se présente le 19 octobre avec un syphilome classique au sillon balano-préputial et une adénopathie satellite très prononcée à l'aine gauche. On commence le traitement par une injection de 3 milligrammes de sublimé le 19 octobre et on continue presque sans interruption jusqu'au 11 novembre. Total des injections intraveineuses 33, dont les 25 premières ont été faites pendant 29 jours et les autres après un court intervalle. Quantité totale de sublimé : 201 milligrammes. Dose ordinaire pour chaque injection : 6 milligrammes. Une fois, la dose a été portée à 12 milligrammes,

une autre fois à 9 (cinquième et sixième). Mais nous avons dû revenir à la dose bien tolérée de 6 milligrammes, parce que les doses très élevées provoquaient de la céphalée.

Nous avons revu souvent le malade pendant toute l'année 1897, et il nous a dit n'avoir pas observé d'accidents secondaires. Ce fait est remarquable en ce que, après le traitement par les injections intraveineuses, le malade n'a fait aucun traitement.

Obs. XVII. — F. C..., militaire, âgé de 21 ans, fort et de bonne nutrition. Époque de l'infection, 20 avril 1897. Apparition du syphilome le 2 mai. Se présente le 21 mai avec un syphilome typique au niveau du frein et une adénopathie satellite classique à l'aine droite. On commence le traitement le même jour par une injection de 9 milligrammes, le malade ne pouvant pas se présenter tous les jours à cause de son service militaire, et on fait jusqu'au 12 juin 14 injections (15 milligrammes de sublimé). Puis dans les derniers jours de juin on fait 3 injections de 12 milligrammes chacune. Total des injections intraveineuses : 17. Total du sublimé : 195 milligrammes. Pas d'inconvénients. Après la quatrième injection le syphilome était déjà guéri. L'adénopathie, après la septième injection, a un peu diminué. Pour être plus sûr de la guérison, le malade a continué à se traiter jusqu'en 1898 et il a fait plus de 100 injections intramusculaires de sublimé, a pris 80 pilules de proto-iodure (3 centigrammes par pilule) et a consommé 100 grammes d'iodure. Il a été revu souvent jusqu'à la fin de 1899, s'est vanté toujours de la bonne santé et n'a pas eu d'accidents secondaires.

Obs. XVIII. — A. M..., étudiant, âgé de 23 ans, très fort et gras. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome 25 décembre 1896. Se présente le 10 janvier 1897 avec un syphilome classique au prépuce près du frein et une adénopathie satellite bilatérale, plus prononcée à l'aine droite. Commence le traitement le même jour et du 10 au 27 janvier reçoit 14 injections intraveineuses (116 milligrammes de sublimé). De février à mai il fait 80 injections mercurielles intramusculaires, puis encore du 1er au 30 juillet, 20, et du 1er novembre au 14 décembre, 22. Au total, 122 injections intramusculaires (1 centigramme par injection). Il a également consommé 200 grammes d'iodure. Le syphilome guérit après la sixième injection ; l'adénopathie s'améliora rapidement. Les autres ganglions n'ont jamais été engorgés. Pas de manifestations spécifiques jusqu'à présent et le malade, aujourd'hui avocat, a été souvent revu, même récemment. Je dois seulement rappeler que ce malade qui, jusqu'à l'âge de 8 ans, avait présenté des accès d'épilepsie et en avait ensuite guéri, a eu le 29 mai 1901 une nouvelle et longue attaque épileptique, mais sans perte de connaissance. J'ai conseillé un traitement mercuriel et iodique modéré pour voir s'il ne s'agissait pas d'un effet de la syphilis, et depuis ce temps il ne s'est produit rien de nouveau.

Obs. XIX. — V. G..., âgé de 24 ans, propriétaire, célibataire, fort, bien nourri. Dernier coït, le 3 avril 1897. Découverte du syphilome le 20 mai. Se présente le 8 juin avec un syphilome classique très prononcé au niveau du sillon balano-préputial et une grosse adénopathie inguinale bilatérale. Comme il s'est écoulé 47 jours depuis l'infection, on propose un traitement

énergique. On fait alors la première injection avec 6 milligrammes et du 8 juin au 1er juillet on fait 22 injections intraveineuses, en introduisant en totalité 20 centigrammes de sublimé et en faisant dans le même temps quelques injections ordinaires de sublimé dans les fesses. Le 19 juin le syphilome était guéri et l'adénopahie réduite à de très petites proportions. Pas de manifestations spécifiques, pas d'inconvénients dus au traitement. Le malade a ensuite continué de se traiter et a fait 60 frictions de 4 grammes d'onguent mercuriel double chacune. En outre il a pris 175 grammes d'iodure. Pas de manifestations générales de syphilis.

Obs. XX. — M. B..., propriétaire, célibataire, âgé de 28 ans, très grêle, grand buveur de vin. Époque probable de l'infection, 13 mai 1897. Apparition du syphilome le 23 mai. Se présente le 16 juin (35 jours après l'infection) avec un syphilome typique ulcéré au frein et une adénopathie bilatérale particulièrement développée à gauche.

On commence rapidement le traitement. Première injection avec 6 milligrammes de sublimé et, quoique le malade ait dans la journée un peu de fièvre, le lendemain on répète l'injection avec 8 milligrammes, et du 16 juin au 21 juillet on fait 24 injections intraveineuses, soit, au total, 252 milligrammes de sublimé, en alternant, les jours où il était difficile de trouver des veines, avec quelques injections de sublimé dans les fesses. Pas d'inconvénients. La fièvre a cessé rapidement. Le syphilome était cicatrisé le 21 juillet et l'induration cartilagineuse avait presque disparu. Les ganglions inguinaux diminuèrent progressivement. Pas de manifestations secondaires.

Le malade a reçu ensuite 150 autres injections ordinaires de sublimé dans les fesses et a pris 200 grammes d'iodure. Revu de loin en loin les années suivantes, il nous a toujours assuré n'avoir pas eu de manifestations suspectes.

Obs. XXI. — G. A..., âgé de 30 ans, employé des chemins de fer. Constitution grêle, débauché. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome le 15 novembre 1897. Se présente le 13 décembre avec un gros syphilome ulcéré sur le bord du prépuce et une adénopathie inguinale bilatérale peu prononcée.

Il a le système veineux sous-cutané très peu développé. Du 13 au 28 décembre on fait 15 injections intraveineuses (172 milligrammes de sublimé). Puis on fait 32 injections ordinaires de sublimé dans les fesses (1 centigramme par injection). Pas d'inconvénients, pas de manifestations secondaires.

Le malade prend ensuite 100 pilules de proto-iodure de mercure (3 centigrammes par pilule et a consommé 200 grammes d'iodure. Jusqu'à la fin de 1900 il a été vu souvent. Pas d'accidents syphilitiques.

Obs. XXII. — M. G..., riche étudiant, âgé de 16 ans, fort. Dernier coït le 26 décembre 1897. Époque de l'infection, douteuse. Depuis le 31 décembre, il commença à observer des ulcérations dans le sillon balano-préputial. Se présente le 23 janvier 1898 avec une blennorrhagie aiguë, des chancres mous du sillon et un syphilome initial ulcéré classique au bord préputial. Tandis qu'on fait le traitement des diverses affections vénériennes on

commence le traitement abortif de la syphilis par une première injection de 6 milligrammes et, du 23 au 31 janvier on fait au total 9 injections (88 milligrammes de sublimé). Puis, comme le malade n'avait pas des veines disponibles, on fait, pendant les mois de février et de mars, 49 injections intramusculaires (2 centigrammes de sublimé par injection); on n'avait pas encore fait les 9 injections intraveineuses que le syphilome initial était guéri, en ne laissant plus qu'une minime induration et une tache foncée. Puis, le malade a reçu 86 injections intramusculaires de sublimé, et a pris 120 grammes d'iodure. Maintenant il est entré dans le commerce et fait des longs voyages en mer, mais nous avons été informé, tant par lui que par son frère, qu'il n'a pas eu de manifestations syphilitiques.

Obs. XXIII. — C. L..., étudiant en médecine, fort, mais pâle et nerveux. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome le 23 février 1898. Se présente le 7 mars avec une siphilome ulcéré à la face externe du prépuce. Adénopathie inguinale bilatérale discrète.

Les autres ganglions ne sont pas engorgés. On commence le traitement le 8 mars et on fait 22 injections intraveineuses, puis on fait une période d'injections intramusculaires, et d'autres traitements spécifiques. Total des injections intraveineuses : 32. Total du sublimé : 286 milligrammes; 10 injections intraveineuses, d'autres injections intramusculaires, de plus 300 injections intramuscùlaires (1 centigramme par injection) 85 centigrammes de proto-iodure en pilules, 200 grammes d'iodure de potassium, le tout pendant 16 mois. Pas d'inconvénients. L'accident initial avait disparu après la cinquième injection intraveineuse. Pas de manifestations spécifiques.

Obs. XXIV. — L. P..., ingénieur, âgé de 30 ans, fort et sain. Époque de l'infection, douteuse. Dernier coït suspect le 23 avril 1898. Découverte du syphilome : 28 avril. Se présente le 4 juin (50 jours après l'infection) avec un reliquat du syphilome initial au niveau du frein et une adénopathie modérément sensible aux aines; les ganglions lymphatiques épitrochléens et cervicaux sont également très appréciables. On commence rapidement le traitement et du 4 au 22 juin on fait 11 injections intraveineuses, en alternant avec 6 injections intramusculaires à cause du manque de veines disponibles. Puis pendant tout le mois de juillet, jusqu'au 22 août, le malade suit le traitement par les injections intraveineuses ou intramusculaires selon les circonstances. En septembre et en octobre de la même année, on reprend le traitement, et du 30 septembre au 10 octobre on fait 9 injections intraveineuses. Pendant les années suivantes, le malade se présente en demandant à suivre un traitement. Ainsi, au total, jusqu'en 1902 le malade a fait 30 injections intraveineuses avec 30 centigrammes de sublimé. En outre il a fait 66 injections intramusculaires ordinaires, 60 frictions avec 4 grammes d'onguent double et a pris 400 grammes d'iodure.

Le 12 juin 1898, alors qu'il n'avait encore fait que 6 injections intraveineuses, avec 44 milligrammes de bichlorure et 4 injections intramusculaires, on note à la poitrine et au dos de petites taches de roséole. Je crus qu'elles étaient l'indice de la roséole, mais trois jours après elles avaient déjà disparu. Pas d'inconvénients dus au traitement. Pas d'accidents syphili-

tiques. J'ai revu le malade au milieu de 1902 et il n'est pas encore rassasié des traitements, mais il se porte bien et malgré ses craintes il n'a pu découvrir aucune manifestation spécifique.

Obs. XXV. — M. F..., étudiant, âgé de 22 ans, gros et fort, mais neurasthénique. Époque de l'infection, douteuse. Dernier coït le 20 avril 1899. Découverte du syphilome le 25 avril. Les ganglions inguinaux restent insensibles jusqu'au 28 avril. Il se présente le 2 mai avec un syphilome typique ulcéré à la face interne du prépuce, et une adénopathie bilatérale peu sensible. On commence le traitement et comme le malade présente un système veineux périphérique très développé, on peut faire 50 injections intraveineuses dans l'espace de 2 mois et demi. Quantité totale de sublimé injectée : 456 milligrammes. Tout a été bien toléré. Pas de manifestations secondaires. Puis le malade a reçu 100 injections de sublimé dans les fesses, en trois périodes et a pris 300 grammes d'iodure. Jusqu'à présent, pas de syphilis.

Obs. XXVI. — G. F..., âgé de 30 ans, boulanger, de bonne constitution et bien nourri. Il a eu la malaria. Époque de l'infection, douteuse. Dernier coït le 7 décembre 1898. Découverte du syphilome le 25 décembre. Se présente le 12 janvier 1899 avec un syphilome initial typique à la face externe du prépuce presque cicatrisé et une adénopathie satellite caratéristique, plus grosse qu'un œuf de pigeon, à l'aine droite. Il a des douleurs articulaires depuis plusieurs mois. On commence de suite le traitement et, du 12 au 18 janvier, on fait 7 injections représentant un total de 64 milligrammes de sublimé. Comme il survient de la céphalée et de la fièvre pendant qu'on fait ces injections, on les suspend et on fait des injections intramusculaires. Du 5 au 10 février, on fait 6 autres injections contenant au total 32 milligrammes de sublimé, et 2 autres (18-20 milligrammes) le 15 et le 16 février. Puis le malade fait chez lui quelques autres injections intramusculaires et prend 50 grammes d'iodure, de sorte que le traitement, du 12 janvier à la fin de mai, a consisté en 15 injections intraveineuses, (194 milligrammes de sublimé) et, de plus, en 22 injections ordinaires intramusculaires de sublimé. Mais le 29 mai il présenta dans la bouche des plaques dont la nature ne pouvait être douteuse.

Obs. XXVII. — S. S..., âgé de 26 ans, commerçant, de bon aspect. Époque probable de l'infection : 20 ou 21 décembre 1898. Découverte du syphilome : 22 janvier 1899.

Se présente le 2 février (44 jours environ après l'infection) avec un syphilome presque guéri au niveau du sillon balano-préputial et avec une volumineuse adénopathie satellite prédominente à l'aine droite. Du 2 au 12 février on fait 11 injections intraveineuses, au total 116 milligrammes de sublimé. Mais après la septième injection de 14 milligrammes de sublimé sont survenus de la céphalée et des troubles d'estomac. Ces troubles croissent après les 3 dernières injections de 16, 16 et 18 milligrammes de bichlorure, et nous sommes obligé de les suspendre. Alors on commence des injections intramusculaires, et du 13 février au 29 mars on fait 32 injections de 1 centigramme de sublimé, puis le malade cesse de venir à la clinique.

Il revient en avril et, du 5 au 16 de ce mois, on fait d'autres injections

intramusculaires ordinaires, puis le malade disparaît de nouveau. Nous le voyons le 16 juillet et tout allait bien. Aucun accident spécifique ne s'était encore développé. Néanmoins je lui conseillai de faire de nouveaux traitements parce que les injections intramusculaires avaient été trop peu nombreuses. Alors il reprend les injections intramusculaires, en ne voulant pas essayer encore les intraveineuses, et le 25 juillet, à la troisième injection, on vit paraître sur le tronc des taches roséoliques qui augmentèrent ensuite en nombre, s'élargirent et prirent la forme semi-circulaire et l'aspect d'une roséole syphilitique récidivante. Le traitement a été continué et les taches disparurent rapidement. Depuis, le malade n'a plus été vu.

Obs. XVIII. — F. P. D..., étudiant, âgé de 26 ans, fort.

Époque de l'infection, douteuse. Dernier coït suspect : le 20 mars 1899. Découverte du syphilome, le 25 mars. Se présente le 23 avril avec un syphilome initial typique dans le sillon balano-préputial et une adénopathie satellite caractéristique spécialement prononcée à l'aine droite.

On commence de suite le traitement et, du 23 avril au 12 mai, il reçoit 20 injections avec un total de 314 milligrammes de sublimé. A la cinquième injection de 14 milligrammes, il note une saveur métallique et de la céphalée. Puis, rien de plus, même après les 3 dernières injections dont chacune est de 2 centigrammes de bichlorure. Le syphilome était guéri après la septième injection. Les ganglions inguinaux diminuèrent lentement. Au milieu de mai l'étudiant a cessé de venir à cause de ses examens, puis est allé dans sa famille. Après quelques mois, il a écrit qu'il se portait bien et qu'il n'avait jamais vu de manifestations spécifiques. Je sais qu'il a fait d'autres traitements et qu'il a joui toujours d'une très bonne santé.

Obs. XXIX. — B. R..., étudiant, âgé de 22 ans, de bonne constitution, mais anémique et grand fumeur. Époque probable de l'infection, 28 février 1899. Découverte du syphilome le 8 février. Se présente le 16 février avec un syphilome initial ulcéré au niveau du sillon, au voisinage du frein, et une adénopathie satellite peu sensible dans l'aine gauche. On commence de suite le traitement et, du 16 février au 27 mars, il fait 24 injections intraveineuses (total : 28 centigrammes de sublimé) en alternant avec des injections ordinaires intramusculaires toutes les fois qu'on ne trouvait pas de veines disponibles.

Le 27 mars, il s'en va dans son pays. Le 5 avril 1899, il revient et on commence une série d'injections intramusculaires. En plusieurs séries on fait 70 injections intramusculaires. Après la première injection intraveineuse de 6 milligrammes, le malade se plaint de céphalée et de troubles d'estomac. Néanmoins le lendemain il désire une injection de 10 milligrammes ; le 18 une de 12 milligrammes ; le 19 une de 14 milligrammes, puis de 16 milligrammes pendant plusieurs jours et enfin de 18 et 20 milligrammes sans que le premier inconvénient se reproduise. Le syphilome guérit rapidement. Pas de manifestations spécifiques. Aujourd'hui le malade est médecin, aussi pouvons-nous être sûr de sa guérison.

Obs. XXX. — M. S..., étudiant, âgé de 23 ans, de forte constitution, mais lymphatique. L'époque de l'infection est douteuse (10 juin 1899 ?). Découverte du syphilome, le 7 juillet. Se présente le 14 août avec une blennor-

rhagie, une épididymite et une déférentite blennorrhagiques. On note dans le sillon balano-préputial le reliquat d'un syphilome ulcéré. Les ganglions inguinaux sont gros comme des noisettes, les épitrochléens appréciables. On commence de suite le traitement, parce qu'il s'est écoulé déjà plus de 60 jours depuis l'infection, par une injection de 8 milligrammes de sublimé et jusqu'au 21 septembre on fait au total 22 injections intraveineuses (182 milligrammes de sublimé).

Jusqu'au 21 septembre, il ne se produit rien de nouveau. Le malade va passer dans son pays les vacances de l'été et y fait 7 injections intramusculaires sans autre traitement ; le 28 octobre il revient à Palerme et nous montre sur l'abdomen et la poitrine une roséole discrète.

Il recommence alors les injections intramusculaires et, à diverses reprises, en fait 40 environ. Le 19 février 1900, il revient avec des papules syphilitiques à la langue et aux lèvres.

Obs. XXXI. — A. B..., âgé de 22 ans, riche, très grêle, peu nourri, très débauché. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome, le 30 septembre 1899. Se présente le 24 octobre avec un syphilome ulcéré classique dans le sillon balano-préputial et une adénopathie satellite très développée et caractéristique, spécialement à droite.

On commence le traitement par une injection intraveineuse de 6 milligrammes, et du 24 octobre au 20 novembre on fait 20 injections (total : 256 milligrammes de bichlorure).

On fait même des frictions les jours où les veines n'étaient pas bonnes, et sur les gros ganglions on applique de l'emplâtre mercuriel. Le 5 novembre, le syphilome avait disparu et les ganglions étaient très diminués. Pas d'inconvénients dus au traitement qui a été fait presque tout le temps par injections de 14 milligrammes. Puis le malade a fait d'autres traitements : environ 40 frictions d'onguent double (4 grammes par friction) et 100 injections intramusculaires. Pas d'accidents spécifiques.

J'ai revu souvent le malade pour la blennorrhagie et ses complications et, même aujourd'hui, il ne présente aucun accident syphilitique.

Obs. XXXII. — S. B..., âgé de 26 ans, ouvrier de chemins de fer. État général bon. Époque probable de l'infection, 20 février 1900. Apparition du syphilome le 28 février. Se présente le 26 mars avec un gros syphilome initial ulcéré, au niveau du sillon au voisinage du frein et une adénopathie inguinale considérable droite. Le malade accepte le traitement abortif; du 25 mars au 25 avril nous avons fait 20 injections intraveineuses (total : 226 milligrammes de bichlorure), puis, du 26 avril au 23 mai, 30 injections intramusculaires, et, de plus, le malade a pris 50 grammes d'iodure de potassium. Après la deuxième injection intraveineuse de 8 milligrammes, il a eu des douleurs de tête, puis aucun accident. Le syphilome et la pléiade ganglionnaires s'améliorèrent promptement. Pas de manifestations secondaires.

Obs. XXXIII. — S. S..., négociant, âgé de 33 ans, fort et sain, grand fumeur et buveur de boissons alcooliques. Époque de l'infection, douteuse, mais pas antérieure de 35 jours au commencement du traitement. Apparition du syphilome le 7 mars 1900 environ. Se présente le 2 avril avec un syphilome initial typique à la face interne du prépuce et adénopathie satel-

lite inguinale droite, grosse comme un œuf de pigeon. Du 2 au 25 avril on fait 20 injections intraveineuses en introduisant 235 milligrammes de bichlorure de mercure. Puis, du 25 avril au 15 mai, on fait 13 autres injections ordinaires de sublimé dans les fesses. Du 28 mai au 4 juin, on fait 2 autres injections intraveineuses de 12 milligrammes chacune, et d'autres injections intramusculaires. Total des injections intraveineuses : 22. Total du sublimé introduit : 259 milligrammes. Pas d'inconvénients. Pas d'accidents spécifiques.

Enfin le malade a fait 50 autres injections intramusculaires et a pris 75 grammes d'iodure de potassium. Il est indemne d'accidents syphilitiques.

Obs. XXXIV. — F. V..., ouvrier tapissier, blond, d'aspect triste, amaigri, lymphatique, mais avec bon squelette. Époque probable de l'infection, le 6 février 1900, certainement pas après le 5 mars. Découverte du syphilome le 25 mars environ. Se présente le 23 avril avec un syphilome classique au voisinage du frein, qui est déjà cicatrisé après l'usage du calomel et du dermatol ; mais il reste une induration grosse comme un haricot. Adénopathie satellite bilatérale caractéristique très développée. Le malade est à la veille de se marier et, quoique l'infection remonte à deux mois environ, il désire absolument, pressé par les événements, subir le traitement abortif. On commence de suite ce traitement avec 6, 9, 12, 15 milligrammes, et du 23 avril au 2 mai on fait 9 injections intraveineuses avec un total de 12 centigrammes de sublimé. Mais le malade tolère mal les hautes doses. Après la septième injection de 16 milligrammes, il a eu pendant le jour une forte douleur de tête et des vomissements. Après la neuvième de 14 milligrammes, mêmes accidents. On suspend alors le traitement et, du 5 mai au 4 juin on fait les injections ordinaires intramusculaires. Du 20 au 24 juin on tente de nouveau les injections veineuses, mais après 3 injections de 14 milligrammes chacune, il a encore des troubles d'estomac et du malaise ; on fait une autre injection le 30 juin seulement. Jusqu'à la fin de juin le malade ne présente pas de traces de syphilis généralisée et, ne pouvant pas retarder davantage, il se marie. En novembre de 1900, lorsque je revins de vacances, le malade me présenta sa jeune épouse qui déjà, malgré mes recommandations et mes suggestions, avait été contaminée. En août, le malade avait eu à la bouche, puis à l'anus, de petites plaques dont il avait constaté l'existence trop tard.

Obs. XXXV. — P. G..., âgé de 23 ans, employé, de médiocre aspect. Époque de l'infection, douteuse, mais pas postérieure au 2 avril 1900. Découverte du syphilome le 10 avril environ. Se présente le 17 mai avec un syphilome typique presque cicatrisé et encore gros comme un pois, au niveau du sillon et une adénopathie satellite bilatérale très prononcée. On commence de suite le traitement, mais après la quatrième injection intraveineuse (pas plus de 36 milligrammes de sublimé), le 21 mai on observe la roséole sur l'abdomen. Alors on substitue les injections intramusculaires ordinaires (du 23 mai au 4 juin : 8 injections), puis, le 6 juin, on reprend, sur le désir du malade, les intraveineuses et on fait 10 autres injections de 14 milligrammes chacune qui sont très bien tolérées, et enfin je le perds de vue, le malade n'ayant plus un grand intérêt pour mes expériences.

Obs. XXXVI. — C. E..., cafetier, âgé de 22 ans, de bonne constitution. Époque de l'infection, 1er mai 1900. Découverte du syphilome, 15 mai. Se présente le 1er juin avec un syphilome au méat urinaire et une grosse adénopathie satellite à l'aine droite. Du 1er juin au 9 juillet on fait 6 injections intraveineuses avec 55 milligrammes de sublimé; puis, ne trouvant plus de veines, du 10 au 26 on fait 11 injections intramusculaires. Comme il est survenu des troubles de l'appareil gastro-intestinal et une fièvre légère, on suspend également les injections intramusculaires pendant 4 jours. Enfin on reprend les injections intraveineuses et on en fait 12 représentant un total de 180 milligrammes de sublimé. Ainsi, en totalité on fit 18 injections intraveineuses en introduisant 235 milligrammes de sublimé. Pas d'inconvénients. Pas de manifestations syphilitiques. Le malade a fait encore d'autres traitements (75 injections intramusculaires) et a pris 100 grammes d'iodure de potassium.

Obs. XXXVII. — I. C..., âgé de 27 ans, roulier, fort et bien nourri. Époque probable de l'infection, 14 janvier 1901. Découverte du syphilome, 26 janvier. Se présente le 10 février avec un syphilome initial caractéristique au niveau du frein et une adénopathie satellite bien prononcée à l'aine gauche. On commence les injections et on en fait 22 en peu de temps (228 milligrammes de sublimé). Puis il a fait 62 injections intramusculaires et le malade prend 150 grammes d'iodure. Pas d'inconvénients. Pas de manifestations secondaires.

Obs. XXXVIII. — P. C..., âgé de 26 ans, riche, étudiant, de bonne constitution. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome, le 20 mars 1901. Se présente le 1er avril avec un gros syphilome initial sous la lèvre inférieure, au voisinage du menton, et un gros ganglion sous-maxillaire à gauche. On fait de suite 12 injections intraveineuses en introduisant ainsi 18 centigrammes de sublimé. Puis le malade retourne dans son pays, où il fait en diverses reprises 73 injections intramusculaires et prend 80 grammes d'iodure. Pas d'inconvénients dus au traitement. Pas de manifestations de syphilis secondaire.

Obs. XXXIX. — G. G..., roulier, âgé de 27 ans, sain et fort. Époque de l'infection douteuse. Apparition du syphilome, le 20 avril 1901. Se présente le 1er mai avec un syphilome typique ulcéré au niveau du sillon balano-préputial et une adénopathie satellite peu sensible à l'aine droite. Dans le mois de mai on fait 18 injections (23 centigrammes de sublimé au total). Puis le malade retourne dans son pays, où il fait en deux reprises 50 injections intramusculaires de sublimé et il prend 50 grammes d'iodure, chaque fois. Il a toléré très bien le traitement, quoique la dose du remède fût toujours élevée, et jusqu'aujourd'hui il n'a pas présenté de manifestations syphilitiques.

Obs. XL. — C. E..., âgé de 30 ans, peintre, de très bonne constitution. Époque de l'infection, douteuse. Dernier coït, le 1er juillet 1901. Apparition du syphilome le 8 juillet. Se présente le 15 juillet avec un syphilome initial ulcéré classique au niveau du sillon balano-préputial et une adénopathie satellite bilatérale. Commença promptement le traitement par les injections

intraveineuses et quoique la saison soit peu propice en raison de la grande chaleur, du 15 juillet au 27 août on fait 16 injections intraveineuses (total : 20 centigrammes de sublimé) et 15 injections intramusculaires. Puis il a fait encore, en diverses séries, 85 injections intramusculaires de sublimé et a pris 60 grammes d'iodure. Il a supporté très bien le traitement; jusqu'ici, il a été revu de loin en loin et n'a pas présenté de traces de syphilis secondaire.

Obs. XLI. — T. F..., prêtre, âgé de 23 ans, pâle, amaigri, peu développé. Époque de l'infection, 20 janvier 1902. Découverte du syphilome, 20 février. Ayant peur de faire connaître aux autres son douloureux secret, il se traite lui-même comme il peut et ne se présente à moi que le 19 mars. Le syphilome initial classique avait son siège au sillon balano-préputial et était accompagné d'une adénopathie satellite bilatérale très prononcée. Désirant arrêter promptement l'infection, il commence de suite le traitement abortif, quoique l'infection remonte à 2 mois environ, et du 19 mars au 26 avril on fait 25 injections intraveineuses, soit au total 316 milligrammes de sublimé, qui sont bien supportés. Comme il n'est pas apparu d'accidents, on continue les traitements et en deux fois on a fait 60 autres injections intramusculaires. Jusqu'aujourd'hui (novembre 1902, c'est-à-dire 10 mois après l'infection) il n'y a pas de manifestations.

Obs. XLII. — L. E..., ingénieur, âgé de 32 ans, de constitution peu forte. Dès l'âge de 4 ans a souffert de catarrhe chronique des bronches, et on m'a dit qu'un médecin, qui l'a traité récemment de broncho-pneumonie, a trouvé dans les crachats les bacilles de Koch. Époque de l'infection syphilitique, douteuse. Découverte du syphilome dans les premiers jours de mai 1902. Se présente le 6 juin avec deux syphilomes bien développés au niveau du sillon et du frein et une adénopathie peu prononcée aux aines. On commence de suite le traitement abortif et on a fait rapidement 20 injections intraveineuses représentant un total de 228 milligrammes de sublimé. Comme le traitement était bien supporté, on y a bientôt joint 61 autres injections intramusculaires, et jusqu'aujourd'hui on n'a pas vu de symptômes de syphilis secondaire. Récemment les amygdales étaient gonflées et rouges et présentaient de petites ulcérations, mais le malade dit les avoir eues dans cet état même avant l'infection syphilitique.

Obs. XLIII. — G. V..., étudiant en médecine, âgé de 23 ans, de bonne constitution, mais pâle, lymphatique et affecté d'acné inflammatoire au visage. Époque probable de l'infection, vers le 20 mai 1902. Découverte du syphilome, le 10 juin. Se présente le 30 juin avec un reliquat de syphilome déjà cicatrisé et une adénopathie bilatérale peu prononcée. Malgré la grande chaleur de la saison, peu propice à un traitement mercuriel intense toujours débilitant, malgré le long temps qui s'est écoulé depuis le début de l'infection, le malade demande à suivre le traitement abortif, et du 30 juin au 9 juillet on fait 10 injections intraveineuses en introduisant 15 centigrammes de sublimé. Après ces injections il va dans sa famille pour les vacances de l'été. Je l'ai revu le 3 novembre (6 mois environ après l'infection) et il ne présente pas de manifestations de syphilis secondaire. Du 13 juillet jusqu'aujourd'hui, il a fait 32 frictions avec 4 grammes d'on-

guent double et 20 injections intramusculaires et a très bien supporté tout le traitement sans inconvénients. Le reliquat dur du syphilome avait disparu après la quatrième injection intraveineuse.

Obs. XLIV. — L. S..., étudiant, âgé de 19 ans, blond, grêle, pâle. Très nerveux. Époque de l'infection, douteuse. Découverte du syphilome le 20 juillet 1902. Se présente le 29 juillet avec un syphilome classique au niveau du sillon balano-préputial et une adénopathie satellite bilatérale caractéristique. Du 29 juillet au 2 août on fait 21 injections intraveineuses (total, 256 milligrammes de sublimé). Après les injections il va dans son pays où il fait 39 injections intramusculaires, et je ne l'ai pas encore vu, mais je sais par un ami commun que maintenant (c'est-à-dire 4 mois depuis l'infection), il n'est paru aucune manifestation spécifique.

En résumé, les cas dans lesquels le traitement a absolument échoué sont au nombre de 8 ; les cas dans lesquels les malades ont probablement guéri, mais qui ne se doivent pas compter, car on ne les a jamais revus ou on ne les a pas suffisamment revus, sont au nombre de 6 ; les cas où les malades sont absolument guéris, sans présenter de traces de syphilis secondaire, sont au nombre de 30 et parmi ceux-ci, 4 seulement se rapportent à l'année courante. Dans les cas guéris, j'ai compris même les observations XIV et XV, car les accidents de la bouche qu'ont présentés ces malades ne se rapportaient pas certainement à la syphilis.

J'y ai compris même l'observation XLII, car les lésions ulcéreuses des amygdales étaient, sans doute, d'autre nature. Quant aux cas où le traitement a échoué, ils suffisent admirablement à nous instruire sur l'époque de l'infection où on doit de préférence commencer le traitement abortif et sur la densité et l'intensité qu'il doit avoir ; mais ils n'infirment en aucune façon la qualité de la méthode. En effet, après avoir apprécié l'efficacité et la valeur de la méthode telle que je la pratique à présent, j'ai recommencé à l'appliquer même dans les cas où la période primaire touche sans doute à sa fin (Voy. p. ex. obs. XLI et XLIII) et maintenant, après de longs mois d'attente, il me semble que l'efficacité de la méthode n'a pas fait défaut.

*
* *

Les résultats de mes expériences, faites dans le courant de 1896, ont été déjà communiqués au *III*[e] *Congrès international de dermatologie de Londres*, le 5 août 1896 et ont été publiés dans les actes de ce Congrès même et dans le V[e] fascicule du *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* (1896).

A cette époque, sur 10 cas, j'en avais déjà 3 où le traitement avait échoué (obs. II, IV, IX) ; maintenant le *pourcentage* des insuccès a beaucoup diminué. Et quoique je ne puisse citer l'autorité d'aucun

autre syphiligraphe pour confirmer mes résultats, je crois pourtant avoir tous les éléments pour pouvoir présenter cette méthode non comme *méthode de choix* ou *d'exception*, mais comme *méthode obligatoire* pour tous les médecins, non seulement au point de vue du traitement de la syphilis, mais plus encore à celui de sa prophylaxie.

Il ne semble pas que les altérations que le système ganglionnaire lymphatique présente dès le début de l'infection syphilitique, ressentent un avantage fort sensible du traitement abortif, et ce que je rapportais à Londres à ce propos, a été confirmé ensuite par presque toutes les expériences suivantes. Cependant il est certain que le phénomène que j'observais alors, c'est-à-dire l'influence très favorable exercée par ce traitement sur le syphilome initial, a pour la prophylaxie de la syphilis une très précieuse valeur.

Il est certain également que, quand même le but suprême, c'est-à-dire l'avortement de la syphilis, n'est pas atteint, on ne peut pas dire que dans ces cas le traitement a complètement échoué, car l'infection est énormément modifiée par les injections intraveineuses et ne se traduit que par des manifestations atténuées et tardives.

Et puisqu'il n'est désormais pas niable, après sept ans d'essais, que la méthode — dont la technique est très simple — est, relativement à toutes les autres, absolument bien tolérée, et ne produit pas de troubles fâcheux, je ne comprends pas pourquoi son usage ne deviendrait pas un devoir pour tous les médecins qui se respectent, même quand le diagnostic de syphilis primaire n'aurait pas tous les caractères de la certitude, et quand le malade ne se présenterait pas dans des conditions favorables pour espérer de la méthode une réussite complète.

* * *

Parmi les divers inconvénients que les injections intraveineuses peuvent occasionner, on en peut noter de trois espèces :

1° Les inconvénients locaux, qui se produisent au point où a été faite l'injection ;

2° Les inconvénients du côté de la bouche, résultant de l'intolérance de la muqueuse buccale pour le mercure;

3° Les inconvénients généraux.

Les premiers peuvent être : ou des *nodosités douloureuses* qui se produisent lorsque l'injection n'a pas pénétré entièrement dans la veine, ou des *suffusions sanguines*, ou des *phlébites*, ou des *œdèmes sous-cutanés*, ou des *érythèmes*. Mais ceux-ci peuvent être négligés entièrement, parce qu'ils ne sont pas importants, — et ils sont dus non à la méthode, mais à l'inexpérience de l'opérateur.

Les seconds, que j'ai observés moi-même, sont : la *saveur métallique et le ptyalisme*; je les ai vus survenir l'un et l'autre très rarement et de préférence après les premières injections et peu de minutes après l'injection même. Je n'ai pas constaté de *stomatite mercurielle.* Si elle survient, elle-même, comme les inconvénients de la première catégorie, on la doit attribuer non à la méthode mais à l'inexpérience du médecin, et désormais une telle inexpérience n'est pas pardonnable.

Parmi les accidents de la dernière catégorie, j'ai pu observer souvent un léger degré de *faiblesse musculaire générale*, quelquefois de *légères céphalées* et un léger degré de fièvre, rarement du *malaise général* et des *troubles d'estomac.* J'ai vu toujours qu'il n'y a pas lieu de suspendre le traitement à cause de ces inconvénients généraux quels qu'ils soient et qu'il suffit d'un peu d'attention et d'un traitement accessoire pour les éviter.

Si le système nerveux central avait subi des altérations appréciables du fait du mercure introduit directement dans le courant sanguin, la clinique, à cette heure, aurait certainement révélé ce fait d'une façon très évidente. Et ces troubles, la faiblesse générale, les céphalées, etc... qui se montraient légers et transitoires, ne me semblent pas autoriser à craindre que la méthode provoque quelque fâcheux accident d'empoisonnement mercuriel. Dans un cas nous avons eu un soupçon de réveil des attaques épileptiques, mais même cet accident a été passager et, du reste, combien de fois n'a-t-on pas constaté le même fait sans que ni la syphilis, ni le mercure puissent en être en aucune façon incriminés? Peut-il en dériver des troubles nerveux à longue échéance? Je ne le sais pas actuellement quoique, chez beaucoup de mes malades que je revois fréquemment, le traitement ait été commencé depuis 6 à 7 ans. Nous le verrons par la suite. Cependant l'inconvénient qui était le plus à craindre *a priori* après les injections intraveineuses, c'est-à-dire la formation de coagulations sanguines, de thromboses, d'embolies, n'a jamais été observé dans plus de 100 injections que j'ai faites.

Et cela, me semble-t-il, vient directement confirmer une hypothèse déjà connue après les travaux de Stassano, Justus, Fiocco, etc... d'après laquelle lorsque le sublimé est porté directement dans le courant sanguin, tous les éléments sanguins (globules rouges et blancs) en prennent promptement autant qu'ils en tolèrent et leur albumine le transporte de suite à travers tout l'arbre circulatoire.

***

De ces expériences, les conclusions vraiment importantes qu'on peut tirer sont au nombre de deux :

1° *Le sublimé peut être introduit impunément dans les veines de*

l'adulte même à la dose de 2 centigrammes, et cette notion peut servir même à ceux qui réservent l'usage des injections intraveineuses pour guérir les syphilides anciennes et graves que les autres méthodes ne guérissent pas.

2° *Par la méthode des injections intraveineuses dans la période primaire, commencées le plus tôt qu'il est possible, et faites le plus énergiquement et le plus promptement possible, et aidées ensuite, pendant quelques mois, par d'autres traitements spécifiques selon les anciennes méthodes, nous sommes désormais en mesure de promettre de faire avorter la syphilis dans une proportion qu'on peut estimer actuellement à 80 p. 100 des cas.*

Avec d'autres expériences que je me propose de faire et qui, j'espère, seront tentées sur une large échelle par d'autres syphilologues, après cette publication, il reste encore à établir :

1° Quelle est la préparation mercurielle la plus convenable et la plus énergique pour cette méthode de traitement; et si le cyanure de mercure, qui a été déjà employé en injections intraveineuses et qui a été déclaré supérieur au sublimé, mérite vraiment la préférence.

2° Quel est le *minimum* possible de traitement pour gêner le moins possible le malade sans compromettre la réussite du traitement.

3° Quelle est la dose la plus élevée que l'organisme humain puisse tolérer sans dommages dans le but d'arrêter dans son développement une infection syphilitique.

4° S'il est possible, par une intervention encore plus énergique, d'arrêter entièrement l'infection syphilitique, quel que soit le moment où l'on la traite, mais toujours dans les 3 premières années, ou au moins dans les 5 premières années à partir du jour de l'infection, c'est-à-dire avant que se soient préparés les éléments qui donneront lieu au *syphilisme.*

5° Quels effets éloignés peuvent résulter pour l'organisme humain de ces injections intraveineuses à dose élevée.

6° Si, par cette méthode, comme je l'ai pratiquée jusqu'aujourd'hui et comme d'autres pourront la pratiquer dans l'avenir, en étendant et améliorant l'application, on évite la syphilis tertiaire, que je distingue depuis quelques années de l'infection syphilitique sous le nom de *syphilisme.*

Mais, même avant que tous ces problèmes soient éclairés, après les faits que j'ai observés, personne ne pourrait nier l'importance considérable de ma méthode et sa haute supériorité sur toutes celles qui ont été employées jusqu'ici.

LES PURPURAS ET LEURS MODALITÉS CLINIQUES D'APRÈS LEUR FORMULE SANGUINE

Par **E. Lenoble**,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-adjoint
de l'Hôpital civil de Brest.

La classification des purpuras telle que nous allons la faire connaître est entièrement subordonnée à leur formule sanguine qui domine leur physionomie et lui imprime une caractéristique toute particulière. Jusqu'à présent on a surtout cherché à classer ces affections d'après leurs allures cliniques ou les états généraux qui déterminent leurs manifestations. Telles sont les classifications en purpuras primitifs et secondaires, en purpuras infectieux, en maladie de Werlhoff, etc. Les groupements proposés par MM. Merklen (1) et Thibierge (2), et ceux plus récents adoptés par MM. Hallopeau et Leredde (3), ont eu surtout pour point de départ les travaux de leurs devanciers résumés et repris dans les thèses d'Oriou, de Martin de Gimard, de Faisans, d'Apert, etc. En 1900 le professeur Hayem (4) a proposé une classification rationnelle basée en partie sur les altérations sanguines. Nous allons nous efforcer de démontrer que le cadre des purpuras renferme, au milieu de variétés multiples, une affection très spéciale qui rentre dans la catégorie des maladies hémorrhagipares dont elle offre les allures et les altérations sanguines. C'est une affection bien déterminée qui comprend la maladie de Werlhoff et la plus grande partie des purpuras hémorrhagiques. A côté d'elle prennent rang des syndromes cliniques divers qui méritent une place à part de par leurs manifestations sanguines, en faisant toutefois cette réserve que ces faits concernent des types différents d'allure et de marche et que notre ignorance de leur véritable cause est absolue. Nous mettons en dernier lieu les éruptions purpuriques venant compliquer un état général et qui ne sont que des symptômes plus ou moins banals.

Le présent travail se divise en deux parties, dont la première, la plus étendue, est consacrée à l'étude de la physionomie clinique de ces variétés. La seconde ne sera qu'un court résumé des lésions sanguines qui les commandent, l'étude complète de ces dernières fera prochainement l'objet d'une publication spéciale.

(1) Merklen. Cité par Hallopeau et Leredde, p. 660.
(2) Thibierge. In *Traité de Médecine* de Charcot et Bouchard.
(3) Hallopeau et Leredde. *Traité pratique de Dermatologie*. Paris, 1900.
(4) Hayem. *Leçons cliniques sur les maladies du sang*. Paris, 1900.

§ I. — **Les variétés cliniques.**

A. — Le purpura vrai ou authentique (purpura myéloïde)

Nous justifierons plus loin le sous-titre que nous attribuons à cette catégorie qui mérite seule le nom de Purpura. Elle est essentiellement caractérisée par les hémorrhagies multiples qui peuvent intéresser tous les appareils et mérite le nom de Purpura Hémorrhagique par excellence.

Du côté de la peau, elle se manifeste par des pétéchies plus ou moins confluentes, envahissant tout ou seulement une partie du corps, se traduisant parfois par de véritables ecchymoses, ailleurs seulement par le piqueté caractéristique. La couleur varie depuis la simple rougeur jusqu'à prendre une coloration noirâtre qui les fait comparer à des taches d'encre. Dans les formes violentes, aiguës, à durée éphémère, le centre de ces taches est parfois clair et la périphérie marbrée entoure d'une sorte de couronne une portion de peau saine. Leur distribution est irrégulière; tout le corps peut être envahi, mais la face est en général respectée ainsi que les plis articulaires. Parfois le corps tout entier est marbré comme par de véritables meurtrissures comparables à des coups de fouet. Toujours la tendance aux ecchymoses est grande : elles se produisent sous l'influence des chocs les plus légers ou peuvent naître spontanément. Les muqueuses ne sont pas respectées, et il n'est pas rare de trouver à l'inspection de la bouche, par exemple, une traînée de petites taches rouges tranchant nettement sur la coloration plus pâle du milieu ambiant. Il s'y mélange parfois dans les formes chroniques des lésions de grattage déterminées par des poussées de prurigo de Hebra dont l'importance est considérable au point de vue de la pathogénie de cette variété morbide. A part cette complication, le sujet n'accuse pas de troubles subjectifs, tout au plus constate-t-on dans certains cas des douleurs vagues et peu précises localisées aux épiphyses osseuses.

Les *hémorrhagies* sont fréquentes, multiples, parfois dangereuses par leur répétition : ce sont surtout des épistaxis nécessitant souvent le tamponnement, se reproduisant malgré les cautérisations des vaisseaux de la pituitaire. On y rencontre encore des gastrorrhagies, de hématémèses de sang rouge, des hémoptysies provenant des gencives saignantes et fongueuses. On y a signalé la possibilité d'hémarthroses. Chez la femme, les règles sont profuses, répétées, d'une durée indéfinie. Le sang de ces hémorrhagies a perdu sa coloration rouge; c'est un liquide pâle extrêmement fluide, difficile à arrêter, laissant après lui des taches d'un rose pâle bientôt déco-

lorées, prenant par le temps une couleur d'un jaune verdâtre et empesant plus ou moins le linge.

L'état général subit des modifications profondes : si la fièvre est nulle, la décoloration des tissus est intense et le sujet prend la teinte jaune verdâtre des anémies prolongées. Le visage est légèrement bouffi, mais on ne constate pas d'œdème des jambes; il existe du souffle dans les vaisseaux du cou, accompagné ou non du thrill caractéristique. Des souffles extracardiaques se font entendre parfois à tous les orifices du cœur, mais jamais on ne constate de modifications du rythme respiratoire ; jamais non plus l'appareil urinaire n'est compromis. Le tube digestif peut être le siège d'altérations diverses ; en général de pareils sujets ont présenté depuis longtemps des troubles dans le domaine de la digestion, mais surtout au moment même des poussées purpuriques il existe de l'inappétence pouvant aller jusqu'aux vomissements et à l'intolérance stomacale. Jamais cette variété ne s'accompagne de diarrhée. Il est important de signaler que ni le foie, ni la rate, ni les ganglions n'ont jamais été trouvés hypertrophiés. Ces symptômes négatifs ont une importance considérable et l'on doit en dégager un élément de diagnostic et de pronostic de tout premier ordre.

La marche d'un pareil état est variable suivant les cas. Le plus souvent la terminaison en est favorable; cependant les hémorrhagies peuvent entraîner la mort et le malade s'éteint vide de sang. Le pronostic en est donc toujours sérieux.

On conçoit que l'on doive établir des divisions dans cette variété morbide suivant la marche qu'elle affecte et sa terminaison. On y reconnaît en effet plusieurs formes.

1° Une *forme chronique* dont la durée est indéfinie et qui remonte aux premières années de la vie. Elle se caractérise essentiellement par des hémorrhagies profuses répétées, abondantes, créant parfois une sorte d'infirmité qui ne permet que difficilement au sujet en cause de pourvoir aux besoins de son existence : telles sont les épistaxis parfois journalières et, chez la femme, des règles surabondantes et d'un arrêt difficile. Dans les cas que nous avons étudiés, nous n'avons jamais vu se produire d'entérorrhagies ou de gastrorrhagies, mais souvent le sujet signale les pertes de sang considérables déterminées par les avulsions dentaires. C'est dans cette forme surtout que nous avons constaté l'association du prurigo avec les symptômes purpuriques.

Chose remarquable, le purpura proprement dit y est rare et ne se manifeste que d'une façon très discrète par de petites poussées de taches si légères que souvent elles passent inaperçues du malade : elles siègent au cou, sur un membre, à la région dorsale, etc. Les ecchymoses sont fréquentes et disproportionnées avec le choc qui les

détermine; elles paraissent même pouvoir naître spontanément.

Cette affection hémorrhagique s'accompagne d'une anémie chronique qui donne aux sujets en cause, surtout si ce sont des femmes, des allures de chlorotiques; cette anémie est du reste spéciale et porte moins sur le nombre des hématies, qui peut rester élevé, que sur la valeur globulaire qui descend à la moitié ou au tiers du taux normal. Le nombre des hématoblastes est également très restreint; par contre, le chiffre des globules blancs est toujours relativement élevé.

L'influence des médicaments y est à peu près nulle : tous les procédés thérapeutiques en honneur contre l'anémie échouent le plus souvent et seuls le repos et la cure de grand air semblent donner quelques résultats, peu durables du reste.

Il s'agit dans ces cas d'une affection profonde et qui paraît bien définitive, car les maladies aiguës intercurrentes ne modifient que d'une façon légère la physionomie clinique et les altérations du milieu sanguin. Peut-être cependant la transplantation dans un milieu favorable pourrait-elle guérir un pareil état de choses, car on trouve toujours chez ces malades, au début de leur existence, un vice d'alimentation et des conditions hygiéniques particulièrement mauvaises. Cette variété caractérise essentiellement le purpura vrai.

2° Une *forme aiguë* débutant par des épistaxis surtout nocturnes, bientôt suivies de poussées pétéchiales représentées par des taches noires plus ou moins larges, distribuées irrégulièrement sur le corps, formant parfois une sorte d'aréole entourant un cercle de peau saine, mélangées au piqueté purpurique ordinaire, s'accompagnant d'ecchymoses spontanées plus ou moins larges, plus ou moins nombreuses. Bientôt apparaissent des hémorrhagies graves et répétées : les épistaxis qui redoublent, les stomatorrhagies, les hématémèses par déglutition, les entérorrhagies. Cependant les urines restent claires. C'est dans cette forme que nous avons trouvé des douleurs dans les épiphyses osseuses.

L'état général s'altère, le malade, sans fièvre, est profondément anémié, il ne peut que difficilement se nourrir et parfois l'intolérance stomacale est telle que toute alimentation est rejetée par l'estomac pendant quelques jours. L'adultération du sang est profonde et l'anémie porte à la fois sur le chiffre des hématies et sur celui des hématoblastes et sur la valeur globulaire qui peut descendre au tiers du taux normal. Le pronostic d'un pareil état est grave, et la mort peut en être la conséquence [Bucquoy (1), Lancereaux (2), Hayem (3),

(1) Bucquoy. Du purpura hœmorrhagica idiopathique. *Thèse de doctorat*. Paris, 1855.

(2) Lancereaux. Cité par Gaucher et Barbe in *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel, p. 715.

(3) Hayem. *Loc. cit.*, p. 552 et seq.

Ackmetiew (1)]. Cependant la guérison est possible et doit même être relativement fréquente; en pareil cas, la réparation est rapide, mais pendant quelque temps encore le sujet présente des symptômes objectifs, indice de la profonde atteinte de l'économie, se traduisant par une décoloration générale des tissus. La durée totale est d'un mois et demi à deux mois.

3° Les *formes subaiguës prolongées* — Ces dernières, à la durée près, rappellent ce qui se passe dans la forme chronique. On y constate les mêmes hémorrhagies parfois inquiétantes, se reproduisant avec ou sans cause bien déterminée, caractérisées surtout par des épistaxis pouvant apparaître à l'occasion d'un éternuement, par exemple. Cependant les manifestations objectives sont plus apparentes, les poussées pétéchiales peuvent être généralisées et se montrent essentiellement constituées par le piqueté purpurique mélangé à des ecchymoses plus ou moins étendues. Quelquefois encore du prurigo plus ou moins tenace tourmente le malade.

Cependant l'état général reste bon, on ne constate que peu ou pas de troubles gastriques; l'anémie est médiocre mais revêt encore, ici, les caractères que nous avons assignés à la forme chronique.

La caractéristique de ces formes est leur longue durée; elles évoluent par crises avec des alternatives de retour à la santé apparente et peuvent se prolonger de six mois à une année tout entière.

Elles guérissent toujours, bien moins par la médication dont l'influence est douteuse, que par une sorte d'extinction de la raison causale, peut-être encore par la résistance des organes hématopoiétiques devenant plus robustes par l'accoutumance et sécrétant des antitoxines suffisantes pour neutraliser le poison initial. Elles sont donc une représentation très atténuée de la forme chronique dans laquelle il est possible qu'elles se transforment.

4° Des *formes subaiguës très légères*, à marche rapide. Elles évoluent en quelques jours. Ce sont des formes *à poussées éphémères*, qui ne sont peut-être qu'un épisode de la variété précédente dont elles ne paraissent être qu'une manifestation avortée, se caractérisant dans leur période d'état très rapide par l'ensemble des signes précédemment énumérés. Ici le poison causal frappe violemment mais superficiellement, les symptômes généraux restent légers, l'anémie est médiocre ou nulle.

Tous les faits qui précèdent concernent surtout des enfants et des adultes; un seul d'entre eux a rapport à un homme de 61 ans qui présentait la variété chronique de purpura myéloïde et que nous

(1) Ackmetiew. Maladie de Werlhoff à terminaison fatale. *Annales de Méd. et de Chir. infantiles*, 1901, t. V, p. 546.

n'avons pu examiner qu'une fois. En coordonnant les renseignements fournis par l'exposé clinique précédent, on se rendra compte que l'on se trouve en présence d'une maladie hémorrhagipare très spéciale dans laquelle les manifestations cutanées ne sont qu'un épiphénomène plus ou moins effacé, parfois relégué au second plan. Cette affection encadre toutes les variétés de purpura vrai ou hémorrhagique; le plus grand nombre concerne la maladie à laquelle Werlhoff a attaché son nom, à laquelle Lasègue a consacré une intéressante monographie (1) et qu'il considérait comme la catégorie la plus bénigne et toujours curable du purpura hémorrhagique. Depuis, de nombreux auteurs et M. Marfan (2) en particulier ont repris l'étude de ce syndrome. Mais la plupart en ont restreint singulièrement l'étendue en le considérant comme particulier aux seuls enfants. Pourtant l'un des cas observés par Werlhoff concernait une fille adulte prise au moment de ses règles d'hémorrhagies profuses. En réalité le purpura vrai encadre tous les purpuras s'accompagnant de pertes de sang abondantes, et essentiellement caractérisées par une formule anatomo-sanguine très spéciale que nous allons exposer plus loin : ils se manifestent cliniquement sans fièvre, mais surtout par l'absence d'hypertrophie de tous les organes hématopoiétiques : rate, ganglions, foie, ce qui leur imprime une caractéristique spéciale suffisante pour leur donner une place à part dans le cadre des maladies hémorrhagipares et les distingue des purpuras infectieux et du typhus angio-hématique de MM. Landouzy et Gomot.

Il règne encore une obscurité profonde sur l'agent causal de cette affection, et pourtant les recherches récentes tendent à combler ce vide. C'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer dans les lignes qui vont suivre.

Lorsque l'on étudie les conditions de développement de la maladie qui précède, on est frappé de ce fait que tous les sujets en cause sont placés dans de mauvaises conditions hygiéniques et ont eu à souffrir d'une alimentation grossière et insuffisante. Le professeur Hayem, qui a consacré de nombreuses recherches aux purpuras, a signalé que ces malades présentaient à l'examen chimique des altérations stomacales constantes. Le professeur Hutinel dans ses leçons cliniques (3) reconnaissait l'origine gastro-intestinale d'un certain nombre de purpuras. Dans la plupart des cas que nous avons eus en observation cette même cause doit être invoquée : en butte à une existence parfois misérable, toujours difficile, vivant dans un milieu malsain, ces sujets n'avaient dû qu'à une constitution robuste

(1) LASÈGUE. Étude rétrospective sur la maladie de Werlhoff. *Archives générales de Médecine*, 1877, t. I, p. 586.

(2) MARFAN. Maladie de Werlhoff à forme chronique. *Méd. moderne*, 1895, p. 233.

(3) HUTINEL. *Semaine médicale*, 1896.

d'échapper à la mort qui fauche tant d'enfants en Bretagne par suite de l'alimentation antirationnelle à laquelle ils sont soumis dès les premiers âges de la vie. Dans l'un de ces faits l'influence de l'alcool est incontestable : le père faisait boire à son enfant, dans le but de le fortifier, environ un demi-litre de vin grossier tous les jours. Nous sommes donc amené à conclure qu'une toxine subtile, à point de départ gastro-intestinal, s'en va frapper à la fois le sang et les organes de l'hématopoièse : l'adultération du milieu sanguin amène les précipitations hématoblastiques (Hayem), point de départ des hémorrhagies et des ecchymoses cutanées ; les appareils sanguiformateurs, sollicités par l'anémie consécutive, mais surtout impressionnés par les toxines mises en circulation, réagissent pour suppléer, le plus souvent dans une mesure efficace, à l'usure prématurée et constante des éléments figurés du sang. Il s'agit donc bien là d'une affection toute particulière, méritant une place à part dans le groupe des purpuras où elle a été confondue jusqu'à présent. C'est une maladie hémorrhagipare par excellence, frappant de préférence la moelle osseuse, probablement à l'exclusion des autres centres myéloïdes, comme semble l'indiquer l'absence d'hypertrophie du foie, de la rate et des ganglions. A ce titre, elle mérite le nom de *purpura myéloïde*, et doit être regardée comme une véritable entité morbide ; elle est caractérisée par sa cause initiale, un poison spécial à localisation exclusivement sanguine ; par ses allures cliniques, qu'aucune autre variété ne saurait rappeler ; par sa marche variable avec la forme considérée ; par son pronostic bénin dans l'immense majorité des cas.

B. — Les faux purpuras hémorrhagiques

(*Exanthèmes purpuriques à réaction myélocytaire atténuée.*)

A côté de la forme précédente, il importe de faire une place à part à tout un groupe d'éruptions purpuriques dont les caractères ne rappellent que de loin ceux du purpura vrai, mais qui forment une catégorie particulière dominée par une formule anatomo-sanguine qui, pour n'être pas spécifique comme la précédente, légitime leur classification dans un groupe particulier. Dans cette variété, les hémorrhagies ne sont qu'ébauchées, les épistaxis sont rares, les stomatorrhagies légères ; chez la femme, les règles peuvent être abondantes sans devenir fatigantes et dangereuses par leur répétition. Jamais on n'y constate d'entérorrhagie, l'état général reste très satisfaisant et le sujet peut le plus souvent vaquer aux nécessités de sa profession. Cette forme se caractérise donc bien plutôt par une tendance aux hémorrhagies que par des hémorrhagies vraies : il ne s'agit plus ici d'une affection hémorrhagipare, mais *d'un faux*

purpura hémorrhagique qui peut avoir quelque ressemblance avec la variété précédente sans présenter avec elle aucun point de contact. Aussi l'anémie y est-elle nulle : le chiffre des hématies et des hématoblastes reste élevé et la valeur globulaire est sensiblement égale à la normale. Ici encore il existe de la leucocytose, mais bien plus légère que dans le purpura vrai : l'adultération sanguine se traduit presque exclusivement par le passage dans la circulation d'éléments étrangers au milieu sanguin normal. Les caractères objectifs du sang sont ceux que l'on observe d'habitude à l'état de santé : il est rouge, sa coagulabilité peut être exagérée et l'on a parfois de la peine à se procurer la quantité nécessaire pour étudier les réactions du sérum.

Les exanthèmes occupent une place importante dans cette catégorie : ils se manifestent par un piqueté purpurique parfois généralisé, le plus souvent localisé aux membres inférieurs; les ecchymoses y sont médiocres, rares, transitoires. Les malléoles sont souvent le siège d'un œdème mou et pâle, ou dur et rosé. Parmi les rares hémorrhagies observées, il faut signaler surtout celles qui proviennent des gencives saignantes et fongueuses : il s'agit dans ces cas de la forme improprement désignée sous le nom de *scorbut sporadique*.

Les sujets sont loin de présenter les signes d'anémie chronique qui forment une des caractéristiques cliniques du purpura vrai. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'on constate chez eux des troubles dans le domaine du tube digestif, et seulement lorsqu'ils se trouvent placés dans des conditions particulières d'hygiène et d'alimentation défectueuse qui donnent naissance au scorbut.

Il est possible d'observer alors une certaine épidémicité dans cette forme de purpura ; déjà, du reste, le professeur Hayem avait signalé l'augmentation du nombre des purpuras au cours des épidémies de scorbut vrai.

C'est dans cette forme encore que les malades peuvent présenter des poussées inflammatoires du côté des articulations, soit qu'il s'agisse de purpura rhumatoïde, soit d'éruptions pétéchiales survenant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

D'autres sujets sont en puissance d'infections chroniques, comme la syphilis héréditaire par exemple, sans qu'on puisse établir une relation de cause à effet entre ces manifestations dissemblables. Ici encore le foie, la rate et les ganglions présentent leur volume normal; mais cette constatation intéressante est loin d'avoir la valeur qu'elle présente dans la variété précédente.

La durée en est en général courte ; cependant de pareils états peuvent se prolonger au delà d'une année ; la marche en est variable suivant les cas considérés, le pronostic en est toujours bénin.

Ici encore il y a nécessité d'admettre des divisions secondaires répondant à des types particuliers. On peut les classer ainsi :

1° *Formes chroniques* durant pendant des années, mais qui paraissent être susceptibles de guérison. Elles se développent parfois sans cause appréciable ; d'autres fois elles résultent de fatigues exagérées, de marches forcées. Elles subissent des temps d'accalmie pendant lesquels le retour à la santé apparente semble parfait, mais les phénomènes se reproduisent à l'occasion d'une fatigue exagérée.

Œdème des jambes ; troubles subjectifs des membres atteints variant du prurit à une douleur légère ; éruptions pétéchiales mélangées d'ecchymoses plus ou moins larges, tel est en résumé le tableau clinique. L'évolution des poussées est en général rapide, cependant elles peuvent durer pendant des mois tout entiers. Chez l'un de nos malades, dans les premiers temps, la station assise prolongée entraînait l'apparition d'ecchymoses sur les parties du corps en contact avec le siège.

C'est dans cette forme que l'on trouve signalée la possibilité d'hémorrhagies assez tenaces au cours d'une avulsion dentaire par exemple ; mais jamais les sujets en cause ne se plaignent d'interruption dans leur vie ordinaire du fait du sang perdu. Ils ont conservé toute leur vigueur, et s'ils considèrent leur affection comme un inconvénient désagréable par la répétition des accidents, ils ont l'intime conviction qu'elle n'est pas dangereuse.

2° *Formes aiguës* à évolution plus ou moins rapide précédées parfois par des causes très nettes : alimentation défectueuse, misère physiologique. Leur durée se chiffre par semaines et elles disparaissent rapidement dès que le sujet est soustrait aux causes qui ont déterminé l'apparition des accidents.

Elles concernent des cas différents : ce sont parfois des exanthèmes purpuriques avec phénomènes pseudo-scorbutiques, qui se reconnaissent : à l'absence de l'aspect caractéristique du membre scorbutique, « raide, dur, scléreux, comme coulé en cire avec des infiltrations sanguines profondes » (Hayem) ; à la présence de quelques hémorrhagies (épistaxis) ; à la constance d'incontestables altérations du sang qui manquent toujours dans le scorbut. Ailleurs les poussées purpuriques se produisent chez des individus déjà frappés d'infections profondes, comme la syphilis héréditaire ; les altérations du sang seules permettent de reconnaître ces variétés. Mais, quel que soit le cas considéré, elles n'ont jamais les allures violentes et bruyantes que nous avons signalées dans la forme correspondante du purpura myéloïde, et, contrairement à la physionomie rigoureusement identique de ce dernier, elles varient d'expression avec chaque fait particulier.

3° *Formes larvées à manifestations hémorrhagiques* concernant des sujets qui, sans aucune manifestation cutanée, sont atteints de temps à autre de pertes de sang (épistaxis) assez abondantes pour déterminer une anémie de médiocre intensité facilement curable, ces accidents se répétant du reste quelle que soit la médication employée. Ces formes se rattachent au *purpura sans purpura* dont Widal a fait connaître un exemple mortel (1). A l'intensité près, elles rappellent le tableau clinique qui a fait le sujet de la communication de M. Widal. Ces formes sont rares, mais elles deviendront probablement plus fréquentes lorsque, par les examens répétés du sang, on apprendra à les mieux connaître et à les ranger dans leur véritable cadre.

4° Enfin certaines de nos observations concernent des cas qui, tout en sortant des catégories précédentes par l'absence des myélocytes caractéristiques, s'en rapprochent par leur physionomie clinique et par quelques autres modifications du milieu sanguin. Ces faits ont été observés à une période éloignée du début de l'affection, et nous les considérons volontiers comme *des formes caractéristiques de la période de guérison.*

Toutes ces variétés sont des *purpuras primitifs* d'essence diverse, mais elles ont un caractère commun qui les rapproche : la présence dans le sang de myélocytes d'une nature spéciale. Elles encadrent la plupart des purpuras exanthématique, scorbutique, rhumatoïde. Mais, tandis que, dans la variété précédente, la lésion des organes hématopoiétiques domine la maladie, ici la lésion sanguine est reléguée au second plan, le syndrome domine la lésion. Les faux purpuras hémorrhagiques ne sont en effet que des syndromes placés sous la dépendance d'un état général qui leur imprime une physionomie toute particulière.

Le plus souvent leur cause est parfaitement ignorée, et ce n'est que leur ressemblance grossière avec des états mieux connus, comme le rhumatisme par exemple, qui leur fait attribuer des dénominations qui ne sauraient être que provisoires. Nous préférons à la plupart de celles qui ont été proposées le nom de faux purpuras hémorrhagiques, qui permet de les distinguer du purpura vrai au point de vue nosologique, et qui, sans préjuger de leur nature, a du moins l'avantage de les caractériser par les symptômes les plus marquants. Nous ne cachons pas toutefois que nous préférons la dénomination d'exanthèmes purpuriques à réaction myélocytaire atténuée qui nous paraît les mieux préciser encore d'après l'une de leurs altérations sanguines les plus constantes, et qui est l'indice que jusqu'à un certain point la moelle osseuse entre en action sous

(1) Widal. *Société clinique de Paris*, 12 juillet 1878, p. 174.

l'influence de leurs causes déterminantes. Mais cette réaction est d'ordre secondaire ; si elle a une importance physiologique considérable, elle n'est jamais suffisante pour entraîner la confusion avec le purpura myéloïde. De pareilles affections ne sauraient jamais se transformer en purpuras vrais, tandis qu'elles ont de plus grandes affinités avec les éruptions purpuriques banales.

C. — Les éruptions purpuriques banales.

Ces dernières n'existent qu'à titre de symptômes survenant au cours d'affections toxiques ou cachectisantes dont elles caractérisent parfois la gravité. Elles s'accompagnent ou non d'œdème des jambes ou d'ecchymoses plus ou moins marquées et peuvent à titre exceptionnel revêtir un caractère hémorrhagique. Le plus souvent ce sont des épiphénomènes banals assez fréquents et qui ne méritent de purpura que le nom. Ailleurs, par quelques-uns de leurs caractères, ils rappellent les formes précédentes : c'est ainsi qu'on peut observer chez certains sujets un état saignant et fongueux des gencives. parfois même, très exceptionnellement, des entérorrhagies (1 cas), mais ces symptômes n'ont qu'une durée éphémère et ne paraissent exercer aucune influence sur le milieu sanguin physiologique. Ils agissent peut-être à la façon d'émonctoires, car on constate parfois un écart de régime associé à une fatigue exagérée comme point de départ des accidents. En tout cas, nous n'avons jamais trouvé dans les examens du sang les formes anormales signalées comme à peu près constantes dans la variété précédente et nous n'avons pas cru devoir les ranger dans la même catégorie. Si donc certaines de ces formes se rapprochent des faux purpuras hémorrhagiques, il n'en est ainsi qu'à titre exceptionnel, et tout au plus alors pourrait-on les considérer comme des variétés atténuées et très éphémères de ces exanthèmes dont elles diffèrent par leur évolution rapide et l'intégrité du milieu sanguin. Il faut les rapprocher des éruptions purpuriques d'origine bactérienne, déterminées par les microbes vulgaires, chez lesquelles les taches purpuriques et les phénomènes hémorrhagiques semblent représenter un mode d'élimination de l'organisme. Il est possible encore que les purpuras infectieux ou gangreneux, le purpura fulminans, le typhus angio-hématique de MM. Gomot et Landouzy rentrent dans cette catégorie, mais nous manquons de données suffisantes pour leur assigner leur véritable rang, faute d'examen du milieu sanguin et de connaissances des réactions possibles des appareils hématopoiétiques.

§ II. — **Les altérations sanguines.**

Nous allons légitimer maintenant la classification précédente par l'étude des modifications que subit le milieu sanguin dans les

diverses catégories considérées. Mais nous nous bornerons à un exposé très succinct des conclusions auxquelles nous sommes arrivé, car l'étude complète de ces altérations avec les observations confirmatives doit être prochainement détaillée dans un travail qui paraîtra sous peu dans les *Archives de médecine expérimentale* (1).

Le purpura myéloïde. — Cette variété est essentiellement caractérisée par une formule anatomo-sanguine invariable et véritablement spécifique dont voici les caractères fondamentaux.

1° *Absence de rétraction du caillot et de transsudation du sérum* (Hayem-Bensaude). Ce caractère est constant et ce n'est qu'après la guérison que la transsudation reprend ses caractères normaux. Signalons toutefois que dans les formes éphémères on peut voir se produire un retrait plus ou moins atténué du coagulum, accompagné souvent alors d'un retard dans le début de l'apparition du phénomène.

2° *Réaction myéloïde toujours constante, parfois intense*, caractérisée : — α) par l'apparition de globules rouges nucléés parfois très rares (forme chronique), d'autres fois abondants (forme aiguë), mais alors ne persistant pas. Les cellules rouges appartiennent surtout à la variété des normoblastes d'Ehrlich (réaction normoblastique de Dominici) ; ce sont, plus rarement, des mégaloblastes ou même des microblastes (1 cas) ; — β) par la mise en circulation de myélocytes surtout neutrophiles, plus rarement éosinophiles : la réaction myélocytaire est toujours très faible et varie de fractions d'unités dans les formes chroniques à 6 ou 7 p. 100 dans la forme aiguë.

3° Modifications profondes des hématoblastes, diminués de nombre, augmentés de volume (Hayem), mais de plus profondément altérés dans leur structure intime (*perte plus ou moins absolue de leur altérabilité spontanée spécifique et de leur tendance à se grouper en amas en dehors de certains liquides propres à leur numération*). Ces altérations primordiales se complètent par le fait que le plus grand nombre de ces organites sont *précipités* à l'état de *grumeaux* (Hayem) ; ainsi s'expliquent l'absence de retrait du caillot, l'anémie spéciale, et les hémorrhagies profuses caractéristiques de cette affection.

Ces caractères sont *constants*. Ils peuvent même persister indéfiniment dans les formes chroniques. Dans les formes subaiguës ils sont plus ou moins durables et certains d'entre eux, la réaction normoblastique par exemple, se retrouvent longtemps encore après la guérison

(1) Ces conclusions ont été publiées dans leurs parties essentielles dans les *Mémoires de la Société de Biologie* (18 oct. 1902) et dans les *Bulletins de la Société Anatomique* (25 oct. 1902).

apparente et alors que le milieu sanguin paraît avoir récupéré ses propriétés normales.

A titre *accessoire* et *inconstant*, signalons :

1° Une *leucocytose légère* de 10 à 25 000 éléments avec accroissement du nombre des éosinophiles polynucléés et surtout de certains éléments de la série lymphogène, les lymphocytes. La proportion de ces derniers est *constamment exagérée*, et si nous ne la faisons pas rentrer dans les caractères fondamentaux, c'est qu'elle se rencontre dans toutes les éruptions purpuriques. La réaction lymphoïde est certainement aussi importante que la réaction myéloïde, elle nous paraît avoir une finalité très définie : elle est destinée à réparer l'usure incessante des mononucléaires clairs qui jouent certainement le rôle de macrophages; et, si l'on accepte les idées de Dominici sur la genèse des hématoblastes du professeur Hayem, elle doit encore avoir pour but de donner naissance aux cellules mères de ces éléments constamment détruits par les toxines mises en circulation dans le milieu sanguin.

2° Présence *fréquente*, mais *non nécessaire*, dans le sang pur d'un réticulum appartenant soit à la variété n° 2 du professeur Hayem (à grosses fibrilles écartées) qui reste parfois incomplet; soit à la variété n° 3 (à petites fibrilles rapprochées).

3° Opposition entre N (nombre de globules rouges) pouvant être très élevé, et la valeur de G (valeur globulaire) restant faible.

Ainsi donc cette affection est placée sous l'influence d'un double élément *infectieux* et *anémique* qui lui imprime une caractéristique toute particulière. Nécessairement l'intensité des symptômes varie suivant l'intensité de l'infection qui tient sous sa dépendance les phénomènes hématiques et mesure la gravité des allures cliniques. Aussi, si les éléments figurés du sang ne présentent que peu de modifications morphologiques dans les formes chroniques et subaiguës et à plus forte raison dans les variétés éphémères, il n'en est plus ainsi dans la forme aiguë : le sang paraît désorganisé, il subit une légère mais très nette transformation myéloïde et les hématies sont devenues très vulnérables, comme l'indique le nombre considérable de pseudo-parasites sur l'importance desquels le professeur Hayem a maintes fois attiré l'attention, depuis sa communication faite en 1889 à la Société médicale des hôpitaux.

LES EXANTHÈMES PURPURIQUES A RÉACTION MYÉLOCYTAIRE ATTÉNUÉE.

La formule anatomo-sanguine n'est plus ici rigoureusement constante et identique à elle-même. Certains caractères manquent dans quelques cas qui se retrouvent dans d'autres; elle est donc variable avec chaque fait particulier. Pourtant il est possible de lui reconnaître des caractères généraux qui permettent jusqu'à un certain

point d'identifier ces syndromes au point de vue anatomique, comme leur physionomie d'ensemble autorise à leur reconnaître une certaine homogénéité clinique.

1° La *transsudation* est le plus souvent normale, mais elle peut être atténuée ou absente.

2° La *réaction myélocytaire* en constitue le caractère fondamental parce qu'elle est *constante;* il s'agit le plus ordinairement de myélocytes neutrophiles avec ou sans éosinophiles, ces derniers pouvant du reste, quoique rarement, exister seuls. D'ailleurs ces éléments n'appartiennent jamais au type des myélocytes purs. Ils représentent la variété intermédiaire entre les globules blancs inclus dans les mailles de la moelle osseuse et les leucocytes du sang à noyau contourné et multiple. Ils ont été décrits et figurés par Dominici dans ses travaux : *ils sont caractérisés par un noyau incurvé ou polymorphe mais unique et représentent un terme de passage.* Ils reproduisent donc par conséquent des cellules déjà élevées dans la série myélogène et toutes prêtes à se transformer en leucocytes ordinaires. On peut en tirer un élément de pronostic au point de vue de la bénignité de la lésion, car en dehors de cette variété nous ne les avons rencontrés que dans les formes les plus légères et les plus rapides du purpura myéloïde.

3° Les *hématoblastes* sont normaux et nombreux. Les crises hématoblastiques sont constantes. La réaction normoblastique n'existe pas, parce qu'elle n'a pas de raison d'être.

4° Il peut se produire une *leucocytose* légère, le plus souvent moins intense que dans le purpura authentique : l'augmentation des éléments peut porter sur les *éosinophiles ordinaires* et sur les lymphocytes souvent plus nombreux qu'à l'état normal.

5° A de rares exceptions près, il n'y a pas d'anémie marquée : notamment, les hématies ont conservé leur volume et leur aspect ordinaires, la valeur globulaire se maintient constamment à un chiffre voisin de la normale. On ne constate pas de fibrilles dans le sang pur, ou bien elles se montrent à titre exceptionnel sous forme de réticules fins et rapprochés reproduisant un réticulum n° 3 incomplet.

On voit donc qu'en somme les altérations du sang sont ici réduites à leur strict minimum : c'est qu'en effet ces syndromes sont placés sous la dépendance d'un état général variable avec chaque cas particulier et ne sont plus symptomatiques d'altérations profondes des organes hématopoiétiques qui représentent dans les purpuras authentiques le substratum anatomique de la maladie. Il est possible que l'état causal ait un retentissement plus ou moins marqué sur les appareils sanguiformateurs dont ils exagèrent le fonctionnement au point d'amener la présence d'éléments anormaux dans la circulation

générale; il se produit probablement une réaction myéloïde légère, mais celle-ci reste *latente*, elle n'est pas spécifique et n'a qu'un caractère de finalité effacé. Ce sont donc là des lésions curieuses sans doute, mais, somme toute, banales, moins cependant que dans la troisième catégorie.

Les éruptions purpuriques. — Dans cette dernière variété, l'adultération sanguine est profonde, mais elle n'a rien de spécial et l'on n'en saurait dégager une formule précise. C'est ainsi que le caillot peut ne pas se séparer en dehors de toute manifestation hémorrhagique. Les lymphocytes peuvent être plus abondants qu'à l'état normal, les éosinophiles ordinaires apparaissent parfois plus nombreux dans le champ des préparations. Ce dernier fait est à rapprocher de ce qui se passe dans certaines éruptions cutanées décrites par Leredde sous le nom d'hématodermites.

LE PURPURA EST UNE MALADIE HÉMORRHAGIPARE.

Il résulte de cet exposé que l'on doit réserver le nom de purpura seulement à la première variété des catégories précédentes : c'est le Purpura myéloïde et il représente une véritable entité morbide avec sa toxémie originelle, ses symptômes toujours identiques, sa formule anatomique particulière : c'est une affection de la moelle osseuse, et nous oserons ajouter que *c'est l'affection de la moelle osseuse par excellence.* C'est une maladie hémorrhagipare et à ce titre on doit la comparer avec les affections analogues. Elle présente en effet de grandes analogies avec la leucémie myélogène et certains champs microscopiques rappellent à s'y méprendre ce que l'on observe dans cette dernière maladie.

Mais le rapprochement s'impose avec les anémies pernicieuses, surtout avec celles du premier âge. Cependant, elle s'en distingue par les caractères si particuliers de son anémie, et notamment par ce fait que dans ces divers groupes tous les appareils hématopoiétiques entrent en fonction : le foie, la rate, les ganglions sont hypertrophiés.

Il est douteux que dans le vrai purpura, les centres myéloïdes de Dominici soient sollicités; il est probable au contraire que les modifications réactionnelles restent cantonnées dans le domaine de la moelle osseuse. En outre, ici la réaction est presque toujours efficace, tandis que dans les affections précédentes la mise en branle des organes de l'hématopoièse reste insuffisante : ces centres paraissent bientôt frappés d'inertie, et nous avons vu dans certaines anémies mortelles la réaction myéloïde aller en décroissant jusqu'à la mort. L'absence de l'hypertrophie d'organes que l'on sait depuis longtemps pouvoir récupérer des caractères de reviviscence analogue à ce qui existait à l'état fœtal, acquiert à nos yeux une

importance considérable, surtout quand il s'agit d'enfants : elle représente un élément de diagnostic de tout premier ordre, et sa valeur pronostique est grande puisqu'elle indique que dans bon nombre de cas la terminaison sera bénigne.

En résumé, toute éruption pétéchiale avec ou sans manifestations hémorrhagiques est un purpura véritable lorsqu'à l'examen du sang on retrouve la formule sanguine caractéristique : elle est spécifique des lésions de la moelle osseuse. Tout exanthème purpurique avec ou sans manifestation hémorrhagique, au cours duquel le sang reste normal, est une affection indépendante d'une altération des appareils hématopoiétiques. La réaction myélocytaire atténuée ne suffit pas à elle seule pour être spécifique ; elle ne le devient que si elle s'accompagne d'une réaction normoblastique, même légère.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1902.

PRÉSIDENCE DE M. ALFRED FOURNIER.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : Sur l'étiologie du vitiligo, par M. GAUCHER. — Sur la dermatite herpétiforme de Duhring, par M. LEREDDE. (Discussion : M. MILIAN.) — Mercure et syphilis, par M. BARTHÉLEMY. — Mélanodermie et hyperkératose d'origine arsenicale. Cancer arsenical, par M. DARIER. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Xeroderma pigmentosum, par M. DU CASTEL. — Traitement local des syphilides ulcéreuses par l'application permanente de compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq millième, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas de syphilis d'origine professionnelle, par M. HALLOPEAU. — Pathogénie probable de syphilides tuberculo-ulcéreuses de la voûte palatine et de la joue, par MM. HALLOPEAU et ECK. — Deuxième note sur un cas de poussées lépreuses aiguës avec localisations sous-cutanées nodulaires et lymphangitiques, par MM. HALLOPEAU et JOMIER. — Sur deux cas de deutéropathies syphilitiques, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas de trichophytie palpébrale, par M. HALLOPEAU. — Sur la contagiosité de la trichorrexie noueuse, par M. SABOURAUD. — Sur l'histologie des teignes, par M. SABOURAUD. — Syphilides ulcéro-gommeuses, par MM. VERCHÈRE et BERNHEIM. — Langue scrotale chez une hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER et MILIAN. (Discussion : MM. THIBIERGE, BROCQ, A. FOURNIER, LEREDDE.) — Cancer squirrheux de la peau avec métastases multiples et disséminées de la peau, par MM. GASTOU et NICOULAU. — Syphilide tuberculeuse circinée de la région péribuccale, par MM. BALZER et FAURE-BEAULIEU. — Lichen plan lingual, par MM. BALZER et FAURE-BEAULIEU. (Discussion : MM. DARIER, FOURNIER, BARTHÉLEMY, BALZER.) — Parapsoriasis ou parasyphilide séborrhéique, par MM. GASTOU et NICOULAU. — La technique de la photothérapie à Copenhague. L'appareil de Finsen Reyn, par M. LEREDDE. — Sycosis non parasitaire traité par la méthode des scarifications combinées à l'application de topiques antiseptiques humides, par M. LOUIS DUMONT. — Carcinose aiguë sycosiforme du cuir chevelu, par M. CH. AUDRY. — Mycosis fongoïde, par M. DANLOS. — Nævus angiomateux hypertrophique de la face, par MM. GAUCHER et TRÉMOLIÈRES. — Un cas de lèpre érythémateuse hyperesthésique, par MM. GAUCHER et CHIRAY.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur l'étiologie du vitiligo.

Par M. GAUCHER.

A propos du cas de vitiligo développé chez un syphilitique que MM. Marie et Crouzon ont montré à la précédente séance, je voudrais rappeler que j'ai essayé de montrer que le vitiligo dit idiopathique a pour cause une auto-intoxication, le poison morbide autogène

agissant par l'intermédiaire des nerfs cutanés pour produire la dystrophie pigmentaire. Or, j'ai précisement démontré (1) que la syphilis produit des troubles de la nutrition générale semblables à ceux qu'on observe dans toutes les intoxications chroniques, et qui se traduisent, entre autres choses, par la diminution d'élimination de l'urée; l'abaissement du rapport azoturique (74 à 80 au lieu de 85 à 90 p. 100); l'abaissement fréquent du chiffre des chlorures; l'augmentation de poids de la molécule élaborée moyenne. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on trouve souvent le vitiligo chez les syphilitiques, d'autant plus que l'intoxication syphilitique peut, par elle-même, comme toutes les intoxications, donner lieu à des altérations pigmentaires de la peau (2).

Sur la dermatite herpétiforme de Duhring.

Par M. Leredde.

Dans une communication faite à la dernière séance, M. Milian a affirmé : 1° que la maladie de Duhring est une maladie d'origine nerveuse ; 2° que l'éosinophilie n'est pas spécifique de cette affection.

Je ne pense cependant pas que M. Milian considère ces affirmations comme démontrées d'ores et déjà pour tout le monde et je voudrais qu'il s'efforce dans des recherches consécutives de les justifier, parce que j'ai pu me tromper, et qu'il serait utile aux progrès de la dermatologie générale d'en donner la preuve. Je m'explique.

Le système nerveux joue, à mon avis, en dermatologie comme en pathologie générale, le rôle d'agent à tout faire, et qui sert, comme il a servi, à expliquer *tout ce que nous ignorons*. Les magnifiques recherches de Claude Bernard sur le système vaso-moteur ont eu des conséquences graves ; elles ont conduit, par malheur, les pathologistes à des conceptions qui paraîtront plus tard *enfantines*, et comme je n'ai pas peur des mots, je déclare que depuis cinq ans elles me paraissent ainsi. Lorsqu'on aura démontré que je me suis trompé, et que le système nerveux joue en pathologie générale un rôle que je me refuse à lui reconnaître, il n'en restera pas moins que les preuves sur lesquelles on a appuyé ce rôle sont de valeur *nulle* en général et ne peuvent résister à la critique.

Je renvoie sur ce point M. Milian à un travail de pathologie générale que j'ai publié dans les *Archives générales de Médecine* en 1899, sur le rôle du système nerveux dans les dermatoses, et dans les *Monatshefte für praktische Dermatologie* en 1900, travail que je

(1) Gaucher et Crouzon. Des troubles de la nutrition dans la syphilis. *Journ. de phys. et path. gén.*, janvier 1902. *Soc. méd. des hôpitaux*, février 1902.

(2) Gaucher. Étiologie du vitiligo. *Revue de médecine*, décembre 1900.

compte reprendre parce qu'il a été un peu ignoré : il me sera permis de dire, j'espère, que c'est un des quelques travaux parmi ceux que j'ai écrits auxquels j'attache de l'importance. Ce travail touchait à des questions considérables, et contenait en germe des conséquences fondamentales pour la pathologie générale de la peau.

Si M. Milian se reporte à ce travail, il verra que je soutiens les thèses suivantes :

a. L'existence de symptômes nerveux dans une maladie cutanée ne démontre pas son origine nerveuse.

b. L'existence de lésions nerveuses, dans une maladie de peau, ne démontre pas qu'elles soient la cause des lésions de celle-ci, parce qu'il peut y avoir coïncidence, les lésions cutanées et nerveuses pouvant relever d'une cause commune. Il existe même des dermatoses dans lesquelles la lésion des nerfs périphériques relève de celle de la peau.

Ceci dit, je reviens à la note de M. Milian. Les thèses que je viens d'exposer suffisent à répondre à sa communication — au point de vue des questions générales qu'elle soulève. J'aborde maintenant les points de détail. Je remarquerai :

1° Que l'observation clinique n'ayant pas été communiquée, *ni discutée*, il ne sera pas prouvé à ceux qui n'ont pas assisté à la séance ni vu le malade de M. Milian qu'il s'agissait d'un cas de maladie de Duhring ;

2° Que l'existence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne dans *un cas* de maladie cutanée ne démontre pas qu'elle existe dans tous les cas de cette maladie.

Sur la question de l'éosinophilie, on comprendra qu'il me soit un peu désagréable de voir un de nos collègues les plus jeunes se montrer aussi affirmatif que l'est M. Milian — et déclarer en une ligne que mes recherches sur ce point sont de valeur nulle ! J'attendrai cependant, pour croire m'être trompé, que M. Milian substitue des preuves à des affirmations. Si je me suis trompé, je me consolerai en pensant que mes recherches ont été utiles pour connaître la vérité d'une manière plus complète.

Parmi les affections cutanées qu'on a cru expliquer par des actes réflexes, par l'inflammation nerveuse, un grand nombre, où il est impossible de mettre en évidence des lésions du système nerveux, s'accompagnent de lésions sanguines évidentes, indéniables. Comme ces maladies paraissent *en général* d'origine toxique, comme du reste leurs lésions s'observent dans toute la série des affections cutanées d'origine médicamenteuse, il est assez logique, je pense, de considérer que les substances toxiques agissent sur le milieu sanguin et par l'intermédiaire de celui-ci, ou, par la détermination de troubles du milieu sanguin qu'elles produisent, provoquent les

lésions de la peau. De là ma théorie des « hématodermites » (1).

Ceci est une thèse générale que je soumets à la critique. La dermatose de Duhring soulève des questions particulières.

I. — La maladie décrite par l'École de Vienne sous le nom de pemphigus comprend en réalité des affections multiples. Ceci n'est plus contesté par personne, je suppose.

II. — Parmi ces affections il est des types morbides où l'on trouve simultanément des lésions érythémateuses, vésiculeuses et bulleuses, souvent avec une disposition herpétiforme, et accompagnées de prurit et de troubles nerveux.

III. — Dans ces types morbides, j'ai constaté une vingtaine de fois l'éosinophilie *avec élimination d'éosinophiles par la peau.*

IV. — L'importance de ce double caractère est soulignée par ce fait que souvent on peut voir l'éosinophilie sanguine évoluer parallèlement aux lésions de la peau, croître et décroître avec elles.

V. — Elle doit donc s'ajouter comme un signe nouveau aux signes cliniques énumérés plus haut, car elle peut manquer complètement dans des types autres du « pemphigus » déjà isolés au point de vue clinique.

VI. — Cependant il est des affections classées dans les pemphigus (p. foliacé, p. végétant, types Neumann, Hallopeau) où cette éosinophilie, avec accumulation ou élimination d'éosinophiles par la peau, peut également exister. Je ne dis donc pas aujourd'hui que l'éosinophilie soit *spécifique* de la maladie de Duhring. Si j'ai pu le dire dans mes premières communications, j'ai eu le tort de ne pas déclarer nettement depuis, avec la plus grande précision, que j'avais commis une erreur; elle résulte de la suite même de mes recherches. M. Milian a peut-être eu le tort de se documenter seulement sur mon premier travail et non sur mes travaux plus récents.

Je pense aujourd'hui que l'éosinophilie avec élimination d'éosinophiles par la peau est le signe majeur d'une grande dermatose ayant des expressions cliniques multiples.

VII. — Je me suis cru autorisé par là même à rapprocher ces affections du type indiqué plus haut et dont *l'isolement* a été fait par Duhring, puis par Brocq.

VIII. — L'importance de cette éosinophilie sanguine et cutanée *au point de vue pathogénique* est soulignée par ce fait qu'on peut l'observer dans des dermatoses d'origine médicamenteuse, comme je l'ai établi pour l'iodure de potassium.

IX. — Je ne connais pas encore d'autres affections de la peau où il puisse y avoir simultanément, — et, dans une série de cas qui permettent de poser une règle générale, éosinophilie sanguine et élimination d'éosinophiles par la peau.

(1) V. Leredde, Hématodermites, *La Pratique dermatologique*, t. II.

X. — L'éosinophilie peut-elle manquer dans un cas de dermatose de Duhring, dont j'ai rappelé plus haut les caractères ?

a) M. Milian déclare que dans une affection cutanée, qu'il appelle dermatose de Duhring, et dont il ne donne pas les caractères cliniques, l'éosinophilie était absente. Ceci veut dire qu'une fois, dans un examen, M. Milian a constaté de la polynucléose; il n'y a aucune conclusion, absolument aucune à en tirer.

b) Le jour où il sera établi que dans une dermatose de Duhring TYPIQUE, il existe normalement, dans des examens faits à longue distance les uns des autres, de la polynucléose, le problème deviendra, cette fois, des plus intéressants.

Il restera à interpréter un fait — dont l'exactitude aura été reconnue — en le comparant à d'autres faits beaucoup plus nombreux dont l'exactitude n'est pas contestable ; à tirer du premier les déductions qu'il comporte et à les opposer à celles que j'ai émises sur la valeur de l'éosinophilie dans la dermatose de Duhring.

Les recherches que j'ai faites depuis 1895 sur l'hématologie dans les dermatoses doivent être critiquées, rectifiées, complétées sur beaucoup de points. Elles m'ont coûté assez de temps et de travail pour que je prie ceux qui étudieront les « hématodermites » de consacrer quelque soin à cette étude et de chercher à faire mieux que je n'ai fait, ce qui est possible une fois le point de départ indiqué.

Il sera intéressant, du reste, de poursuivre les études sur l'état du liquide céphalo-rachidien dans les dermatoses. J'espère que M. Milian continuera ses recherches dans cette voie qui peut nous révéler des faits nouveaux, mais il ne faudra en tirer que les déductions qu'ils comportent.

M. MILIAN. — Les reproches que m'adresse M. Leredde peuvent être réunis sous trois chefs :

1° Possibilité d'une erreur de diagnostic qu'on pourra toujours me reprocher puisque je n'ai pas publié l'observation complète ;

2° Méconnaissance de la valeur de l'éosinophilie;

3° Tort de tirer des conclusions générales d'un seul cas observé.

Je répondrai seulement aujourd'hui quelques mots, me réservant de revenir sur ce sujet une autre fois, avec des documents nouveaux :

1° S'il ne s'agissait que de mon diagnostic personnel, je serais le premier à reconnaître la possibilité d'une erreur. Mais la malade a été présentée à la Société de dermatologie et les autorités qui la composent me sont un garant suffisant, je pense, de son exactitude.

Je regrette que M. Leredde n'ait pas contribué, par sa présence à la précédente séance, à l'asseoir plus définitivement encore.

2° Il m'est impossible de reconnaître l'éosinophilie comme élément spécifique de la maladie de Duhring, étant donnée la banalité de ce symptôme anatomique. L'éosinophilie sanguine caractérise les processus réac-

tionnels subaigus ou en voie de guérison, mais non une maladie déterminée. Sa fréquence est telle et dans des conditions tellement différentes qu'il est impossible d'en faire le caractère spécifique d'une maladie.

3° Je tire d'un cas les conclusions qu'il convient : un fait certain vaut mieux qu'une centaine d'hypothèses. La constatation d'une lymphocytose céphalo-rachidienne dans la maladie de Duhring me paraît très importante puisqu'elle révèle à coup sûr une lésion nerveuse centrale, et je suis certain d'avance que M. Leredde la recherchera dorénavant.

Quant à affirmer qu'elle soit constante, je ne le fais pas. Je suis même persuadé qu'elle ne doive pas exister dans tous les cas. Le zona ne s'en accompagne pas toujours, étant donné qu'il est tantôt d'origine périphérique, tantôt d'origine centrale, suivant que nerf, rhizomère ou métamère sont atteints. Même chose peut se passer pour la maladie de Duhring.

Quant à la subordination de la lésion cutanée à la lésion médullaire, il ne me semble pas qu'elle puisse être récusée. Les vésicules claires sont une manifestation trophique cutanée, de même que l'atrophie est une manifestation trophique musculaire. Les dermatologistes, malgré le travail de M. Leredde, restent persuadés de ce fait.

Mercure et syphilis.

Par M. Barthélemy.

Dans la dernière séance, M. Danlos a combattu, en mon absence, une proposition que j'avais précédemment émise et que je persiste à considérer comme vraie, à savoir que, dans le traitement de la syphilis, il y a lieu de considérer, avant tout sinon exclusivement, la quantité de mercure métallique qu'on introduit dans l'organisme. En autres termes, pour guérir la vérole, la teneur en hydrargyre est tout, qu'on la fasse pénétrer par les voies digestives, par les frictions ou par les injections solubles ou insolubles.

Le mercure contre la syphilis agit par lui-même ; on le prouve par les cures cliniques dues aux frictions que Charcot qualifiait de traitement d'assaut. On le voit aussi par l'huile grise qui guérit des lésions qui sont réfractaires aux autres procédés. Or, dans ces deux cas, c'est le mercure seul sans adjonction d'aucun sel, qui guérit. Cela est prouvé enfin par les particules de mercure métallique qui ont été trouvées jadis à Strasbourg dans la moelle des os de sujets autopsiés. Contre la syphilis, le mercure agit comme la quinine contre la fièvre palustre,comme la morphine contre la douleur; ce sont les médicaments proprement dits et non les sels, c'est-à-dire l'acide chlorhydrique, par exemple, sous la forme desquels on les administre de préférence, qui sont actifs.

Sans doute, il faut tenir compte, dans la composition d'un sel, de la qualité de l'acide ; mais c'est seulement pour ménager mieux les éléments anatomiques ou pour faciliter l'absorption, etc. Dès lors c'est

par considération pour l'organisme et non pour la syphilis. Il me semble évident que les acides chlorhydrique, iodhydrique, benzoïque ou lactique n'ont pas d'action directe sur le virus syphilitique, c'est le mercure seul qui constitue dans l'espèce humaine le seul spécifique antisyphilitique encore connu. Si on considère le sel, c'est-à-dire l'acide associé, c'est uniquement pour l'organisme, c'est-à-dire pour le terrain, et non pour la syphilis, c'est-à-dire la graine. On conviendra que ce sont deux questions bien différentes. Cela intéresse le mode d'administration et d'assimilation mais non l'action curative d'un médicament. Pour le praticien, c'est la plus haute dose de mercure bien tolérée par l'organisme qu'il importe de connaître et d'employer.

Pour bien faire, cette plus haute dose doit saturer l'organisme le plus près possible du début de l'infection syphilitique; et si je préconise tant les injections insolubles, c'est que cette absorption se fait aussi grande que le permettent les forces assimilatrices de l'organisme, lentement il est vrai, mais d'une manière prolongée, et jamais interrompue, de telle façon que l'organisme n'est jamais un instant dépourvu du spécifique protecteur.

C'est sans accident, dit M. Danlos, qu'on a pu donner en une fois 32 centigrammes d'hermophényl (sel à 40 p. 100 d'hydrargyre), ce qui correspond à 17 centigrammes de sublimé, c'est-à-dire à près de 13 centigrammes de mercure métallique. Mais c'est par la bouche et une seule fois que cette dose a été administrée.

Notons en passant que des doses équivalentes d'huile grise ou calomélique ont été bien tolérées aussi, à condition de n'être pas répétées. Je connais un médecin qui a bien toléré pendant un mois 40 centigrammes de protoiodure de mercure par jour en pilules; il est extraordinaire encore le cas de ce malade qui n'a eu qu'une légère stomatite à la suite de l'ingestion de 30 grammes de calomel au lieu de 50 centigrammes qui lui avaient été prescrits comme purgatif. Ce sont là des faits exceptionnels qui ne peuvent servir quand on veut établir une règle.

D'ailleurs, l'hermophényl n'est pas un sel mercuriel comme les autres ; il ne peut être décelé par aucun des caractères chimiques du mercure, pas plus avant d'être ingéré qu'après avoir été éliminé par les urines. Pour obtenir les réactions caractéristiques, il faut préalablement détruire la combinaison organique (Lafay). Ce sel n'a donc probablement pu agir comme sel de mercure; ou du moins une petite quantité de mercure seulement a été absorbée ; c'est probablement ce qui explique la nécessité des hautes doses.

Me plaçant à un autre point de vue, je prie qu'on veuille bien observer que, si divisés qu'ils paraissent, les syphiligraphes s'accordent au moins sur un point. S'ils diffèrent sur le choix d'une

préparation mercurielle ou sur le mode d'administration d'un médicament, les observateurs concluent qu'ils ne remarquent d'effet vraiment curatif que lorsqu'ils atteignent une dose déterminée de l'agent curatif, et, dans l'espèce, 1 centigramme de mercure métallique par jour. Qu'ils emploient les injections solubles ou les insolubles, ils aboutissent à considérer comme nécessaire une dose à peu près égale de mercure (1 centigramme, je répète), à partir de laquelle seulement les résultats curatifs sont efficaces et durables. Or, c'est précisément cette dose que contient pour chaque jour les 10 centigrammes de calomel et les huit divisions d'huile grise hebdomadairement injectés. La seule différence avec les injections solubles, c'est qu'on les fait pénétrer d'un seul coup — au lieu de plusieurs fois — dans l'organisme. L'absorption, comme le prouve l'élimination équivalente par les urines, étant sensiblement la même dans tous les cas.

C'est précisément en nous basant sur ces résultats chimiques — d'ailleurs parfaitement contrôlés par des résultats cliniques comparatifs et proportionnels — que nous avons avancé, MM. Lafay, Lévy-Bing et moi, que le cyanure de mercure n'était pas le sel à préférer.

En effet, pour atteindre par ce sel, la dose quotidienne utile d'un centigramme de mercure métallique qu'il s'agit de faire tolérer pendant un certain temps par l'organisme, il faut injecter journellement, non pas 1 centigramme, mais 2 centigrammes de cyanure de mercure. Or, cette dose de 2 centigrammes est douloureuse; et il ne peut être indifférent de faire prendre longtemps une dose de cocaïne. De plus, on a parfois des érythèmes, souvent de la stomatite, presque toujours de la diarrhée.

M. Danlos guérit des accidents spécifiques avec des doses moindres; mais sans doute; car le mercure, sous quelque forme que ce soit, guérit les accidents syphilitiques; mais ce qu'on cherche, c'est de guérir des accidents réfractaires aux doses habituelles des autres préparations; c'est surtout le moyen de guérir, non pas un accident, mais la syphilis, dont il faut s'efforcer d'anéantir l'action pathogène tertiaire. Il faut agir le plus vite et le plus vigoureusement possible, empêcher les récidives, réduire au minimum la contagiosité, rendre le tertiarisme moins fréquent et moins redoutable, en un mot améliorer le pronostic lointain de la syphilis.

Voilà ce que nous entendons par ces mots : traitement de la syphilis. Eh bien, ce but, nous ne pouvons l'atteindre que par les plus hautes doses possibles bien tolérées de mercure. Je suis donc ramené à l'examen de la teneur en mercure qui joue, à mon avis, un rôle considérable en clinique.

Or, 2 centigrammes de cyanure de mercure contiennent 15 milli-

grammes 8 de mercure métallique correspondant à 4 centigrammes de biiodure d'hydrargyre en solution aqueuse, lesquels contiennent 17 milligrammes 6 de mercure métallique. La dose moyenne étant pour les hommes de 3 centigrammes de biiodure d'hydrargyre par centimètre cube d'eau et par jour, c'est-à-dire 13 milligrammes 2 d'hydrargyre et de 2 centigrammes et demi de biiodure d'hydrargyre, soit 11 milligrammes de mercure pour les femmes.

Remarquons combien la teneur en mercure permet d'évaluer facilement une médication mercurielle déterminée : c'est le meilleur procédé pour apprécier la valeur d'un traitement antisyphilitique; car, on peut mieux se rendre compte de la porportion de mercure absorbée, ce qu'on complète par l'étude de l'élimination urinaire.

Rappelant les célèbres expériences de Merget, M. le professeur Pouchet répétait dernièrement ce qu'il me disait déjà il y a bien des années à Saint-Louis même : « Quelle que soit la préparation mercurielle employée, on se trouve toujours finalement ramené à mesurer la quantité de mercure; car, on aboutit dans tous les cas à une production de mercure métallique. La question se borne à mettre le mieux et le plus facilement possible ce mercure métallique en liberté dans l'organisme, tout en réduisant à leur strict minimum les effets nocifs du mercure sur les divers éléments anatomiques ». A mon avis, on ne peut mieux dire.

M. Pouchet, on le voit, ne néglige pas l'offense faite à l'ensemble des éléments anatomiques, c'est-à-dire à l'organisme pendant les métamorphoses subies par les différents sels mercuriels pour aboutir finalement au *mercure libre ;* mais c'est tout ce qu'il accorde à la théorie qui nie l'influence du pourcentage en mercure. Il refuse une influence quelconque, en tant qu'agent curatif de la syphilis, à la forme du sel de mercure, puisque c'est en mercure libre que tout composé mercuriel devra en fin de compte se transformer pour pouvoir agir spécifiquement.

D'après mes observations, la clinique s'accorde sur ce point avec la chimie. Je persiste donc à regarder ma proposition comme l'expression de la réalité.

Mélanodermie et hyperkératoses d'origine arsenicale. Cancer arsenical.

Par M. J. Darier.

Je connais depuis plus de 12 ans l'homme que je vais vous présenter. En avril 1890 sa maladie m'avait paru si curieuse que j'en aie recueilli la description circonstanciée; mais, quoique ayant demandé

l'avis de plusieurs des maîtres de l'hôpital Saint-Louis, je n'étais pas arrivé à en établir le diagnostic.

Au printemps de l'année actuelle, le malade est venu à ma consultation de la Pitié; la dermatose dont il est atteint, sans avoir subi de modifications essentielles, s'est atténuée d'une façon très sensible dans certaines régions des téguments, tandis qu'en quelques points elle s'est compliquée de lésions nouvelles et importantes.

L'histoire clinique qui suit se composera donc de deux parties correspondant aux deux périodes de mon observation.

Observation. *Première partie* (avril 1890). — Le malade m'est confié, pour en faire l'étude, par mon cher maître M. le professeur Fournier, dans le service duquel il s'est présenté :

Ch..., âgé de 35 ans, comptable, est de taille moyenne, plutôt débile de constitution, a les cheveux châtains et la barbe tirant sur le roux. Dès l'abord on est frappé de sa nervosité ; il tremble sous le coup de la moindre émotion, a la parole saccadée, le teint coloré ; il n'a cependant jamais eu d'habitudes alcooliques.

Son père est mort à 76 ans, d'asthme ou de catarrhe ; sa mère à 59 ans, d'un cancer du sein dont l'évolution s'est prolongée pendant 20 ans ; une sœur est morte aliénée, une autre d'une maladie de cœur; deux sont vivantes et bien portantes. Lui-même a eu une fièvre typhoïde grave, il y a 12 ans, et une hydrocèle vaginale opérée par ponction et injection iodée il y a 5 ans, laquelle s'est partiellement reproduite.

Le début des manifestations cutanées remonte à janvier 1889, à la suite de vives contrariétés auxquelles il attribue son mal.

Le premier symptôme perçu a été un état rugueux et sec du dos des mains, qui avaient une teinte d'un rouge violacé; cet état a persisté jusqu'ici. Quatre ou cinq mois plus tard se développèrent des verrucosités sur les régions palmaires et plantaires. Entre temps une pigmentation anormale s'était installée sur le cou et sur le front. Auparavant sa peau était « comme celle de tout le monde » ; il n'avait même pas de xérodermie ou de kératose pilaire.

Actuellement on remarque sur la *face* et le *cou*, une pigmentation par petites taches et un piqueté rouge. Le front, les tempes, le pourtour des yeux, la racine du nez, les joues, en un mot toutes les parties de la face non couvertes par la barbe, sont atteints d'une façon uniforme, mais les lésions sont plus marquées encore et maximales au-dessous des oreilles et sur la nuque; elles s'éteignent en haut à la bordure du cuir chevelu, qui est intact, et en bas à la naissance des épaules, de la poitrine et du dos.

Les *taches pigmentaires*, de l'étendue d'une lentille au plus, sont arrondies mais mal limitées, sans aucune saillie, de coloration variant du jaune brun au brun foncé, plus ou moins accusées, confluentes par places, et par conséquent impossibles à compter. Leur présence donne à la peau un aspect marbré, auquel concourt la teinte rouge du fond.

Aux taches hyperchromiques s'ajoutent en effet, et s'entremêlent sans se confondre avec elles et sans leur correspondre, des taches rouges ou violacées,

planes, de mêmes dimensions, plus ou moins accusées ; ces *taches vasculaires* s'effacent par la pression ou la tension de la peau et sont dues à des varicosités capillaires très fines à peine visibles à la loupe.

Dans les régions dont je viens de parler, il n'y a ni desquamation, ni verrues, aucune trace d'hyperkératose ou de tumeurs. J'ajoute qu'on ne note aucune atrophie de la peau, aucune tache cicatricielle.

Les autres régions atteintes sont les mains et les pieds.

Aux *mains* on note, sur la face dorsale, une rougeur violacée, due à un semis confluent de taches vasculaires qui s'effacent incomplètement par la pression, laquelle laisse subsister une teinte brunâtre. Sur les doigts et notamment sur les articulations métacarpo-phalangiennes et sur celles des phalanges, existent de nombreux nodules verruqueux, saillants, durs, à surface cornée.

Les surfaces palmaires des mains et des doigts sont sèches et couvertes d'innombrables *verrues cornées* semblables, de coloration jaune clair, la plupart du volume d'un demi-pois ou d'un grain de chènevis ; mais, en outre, il y a manifestement une *hyperkératose diffuse* de ces régions, et on ne retrouve presque nulle part les crêtes papillaires normales. (Il n'y a pas de petits kératomes translucides enchâssés dans l'épiderme, comme dans la psorospermose folliculaire, auxquels on pourrait donner le nom de porokératomes sudoripares.)

Quelques verrues plus importantes par leur largeur et l'épaisseur de leur revêtement corné sont à signaler : à la main droite, sur le dos de la phalange de l'annulaire, au bord externe de l'index et vers le milieu du 5e métacarpien ; à la main gauche, entre le pouce et l'index, sur l'articulation moyenne du médius et sur le côté interne de l'articulation de la phalangette de ce même doigt.

Les ongles sont sains.

Les verrucosités s'étendent, de moins en moins nombreuses, sur les poignets et s'arrêtent à deux travers de doigt au-dessus du sillon palmaire de cette articulation.

Aux *pieds* les surfaces dorsales sont saines, dépourvues de taches vasculaires et pigmentaires. Les surfaces plantaires sont le siège d'une hyperkératose diffuse avec nodules verruqueux cornés de coloration jaune, confluents par places, débordant un peu sur le bord interne et surtout sur le bord externe. Les orteils et leurs ongles sont indemnes.

Il n'y a rien d'anormal, ni pigmentation, ni kératose, sur le reste du corps et des membres; deux nævi pigmentaires sur l'abdomen, deux ou trois sur les bras, et c'est tout. Les muqueuses sont intactes.

L'examen des divers *viscères* et des fonctions ne révèle de troubles que du côté de l'appareil respiratoire. Le malade tousse et crache un peu depuis deux ans, surtout en hiver ; à deux reprises il a eu des hémoptysies peu importantes. A l'examen je note une induration des deux sommets, submatité, inspiration rude et saccadée. Pas d'amaigrissement, pas de sueurs.

Au cours de l'année 1890, une amélioration notable des lésions cutanées se produisit, ce que je crus pouvoir attribuer à ma thérapeutique (lotions soufrées et camphrées sur la face, pommades salicylées fortes sur les extrémités).

Le *diagnostic* resta en suspens. On était forcément frappé de l'analogie objective extraordinaire que présentait l'état des téguments du cou et de la face avec celui qu'on observe dans le xeroderma pigmentosum ; il n'y manquait que l'atrophie cutanée ou les taches cicatricielles; les verrucosités des mains et des pieds, d'autre part, ne se voient pas sous cette forme dans la maladie de Kaposi; enfin celle-ci est une dystrophie cutanée congénitale ou infantile, souvent familiale, et l'on ne pouvait guère admettre qu'elle ne pût se manifester qu'à 35 ans. Le malade fut perdu de vue.

Deuxième partie (1902).

Ch... se présente en juin dernier à ma consultation de l'hôpital de la Pitié. Des modifications très importantes sont survenues dans son état. Depuis lors et jusqu'à ce jour il s'est prêté à des examens périodiques et à un traitement régulier.

A la face et au cou la mélanodermie s'est très sensiblement atténuée. Les taches pigmentaires sont encore reconnaissables et donnent à la peau un aspect sale, mais elles sont beaucoup moins nettes qu'autrefois. On ne trouve dans ces régions ni hyperkératose ni desquamation. Sur le tronc, autrefois indemne, on note une pigmentation généralisée qui, pour n'être pas une mélanodermie foncée, n'en est pas moins appréciable. Sur le dos et les fesses ce sont des taches pigmentaires lenticulaires, plus abondantes à mesure qu'on se rapproche des faces latérales du tronc; aux hypochondres et aux flancs leur confluence donne lieu à une teinte brun jaunâtre en nappe, sur laquelle se détachent des aréoles blanches.

Sur la nuque et le devant du thorax, existent une teinte sale, avec desquamation jaune grisâtre et quelques verrues séborrhéiques disséminées; sur les bras et avant-bras quelques taches pigmentées et squameuses, localisées surtout à la face externe. Aux cuisses et aux jambes rien d'anormal.

Il y a donc à la fois atténuation des troubles pigmentaires sur les parties découvertes et diffusion de ces troubles, à un degré moindre, sur le tronc. Les taches vasculaires ont presque complètement disparu.

Les modifications du côté des *hyperkératoses* sont plus intéressantes. Tout d'abord on note que sur les régions palmaires et plantaires les verrucosités cornées et l'hyperkératose diffuse persistent aussi accentuées qu'autrefois. Il s'agit d'un semis très abondant d'élevures cornées jaunes, du volume d'une forte lentille à celui d'une tête d'épingle, confluentes par endroits (notamment aux talons et en quelques régions des doigts), en placards ou carapace. Le raclage de ces points hyperkératosiques enlève avec difficulté leur enduit corné et découvre des surfaces épidermiques planes et lisses au niveau des placards, hérissées de papilles au niveau des élevures conoïdes.

Les verrues signalées comme importantes lors du premier examen, il y a 12 ans, persistent aux mêmes points; mais d'autres, offrant les mêmes caractères de largeur et d'épaisseur, ont apparu en quelques points nouveaux.

Deux de ces anciennes élevures verruqueuses de la main droite se sont ulcérées, sont devenues douloureuses, saignent facilement, ont une base

indurée. Deux autres, dont une sur l'éminence hypothénar gauche, affectent le même aspect. Enfin, sur la partie latérale droite du cou, à deux travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille, se voit une petite tumeur bilobée du volume d'un haricot, enchâssée dans le derme, ulcérée et recouverte d'une croûte, qui, cliniquement, est de toute évidence un *épithéliome*, aussi bien que les quatre signalées sur les mains.

Enfin sur la paume de la main droite, à la racine de l'index, se voit une érosion de l'étendue de 2 ou 3 centimètres carrés, à surface partiellement épidermisée (comme dans la maladie de Paget), sans bourrelet périphérique appréciable, à base très superficiellement indurée. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions correspondants.

Quoiqu'il n'y eût guère de doute à conserver sur la nature maligne de la transformation subie par ces élevures hyperkératosiques, j'ai fait sur deux tumeurs et sur l'érosion palmaire des *biopsies*, lesquelles m'ont permis d'affirmer qu'il s'agissait bien d'épithéliomes.

Enfin, depuis le mois d'octobre dernier, on remarque à la commissure interne des paupières de l'œil droit, et s'étendant un peu sur la paupière supérieure, une petite ulcération miliaire, reposant sur une base indurée et qui, très certainement, est aussi un épithéliome naissant. L'*état général* du malade est moins bon : pâleur, amaigrissement, submatité et râles humides dans toute la hauteur du poumon gauche et au sommet droit. Tympanisme abdominal.

Pour en finir avec l'histoire clinique, j'ajouterai quel a été le *traitement* institué.

Les épithéliomes des mains et du cou, après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, ont été extirpés à la curette tranchante, leur fond cautérisé au galvanocautère, et, sauf un seul d'entre eux, ont été guéris; on n'en voit plus qu'une cicatrice à la place qu'ils occupaient. Le plus étendu et le plus superficiel, celui de la racine de l'index, a récidivé et nécessité une nouvelle intervention (raclage et cautérisation), pratiquée il y a trois semaines et non encore cicatrisée. L'épithéliome de l'œil sera traité très prochainement.

Les élevures verruqueuses des mains ont éte ruginées, puis cautérisées à plusieurs reprises au galvanocautère; plusieurs ont résisté et ont été badigeonnées longtemps au collodion salicylé. L'état local actuel est cependant très satisfaisant par rapport à celui de juin dernier.

Examen histologique. — *Hyperkératoses verruqueuses.* Épaississement énorme de la couche cornée, composée d'assises cohérentes. Les cellules sont dépourvues de noyaux. Par places cette couche est comme imbibée d'éléidine diffuse; ailleurs on remarque des groupes et grands amas de cellules spongieuses, en dégénérescence médullaire comme dans les cornes cutanées. — Grande hypertrophie de la couche granuleuse, composée de 6 à 8 rangées de cellules très chargées d'éléidine. — Acanthose relativement peu accentuée; les bourgeons interpapillaires, ainsi que les papilles, sont réguliers mais extrêmement allongés et presque filiformes, comme les dents d'un peigne. Les canaux sudoripares ont leur trajet intra-épidermique redressé et rectiligne. Le corps papillaire est infiltré de cellules rondes modérément abondantes. — En somme : hyperkératose vraie, papillaire, du type des cornes cutanées.

Épithéliomes. — Sous une couche cornée très épaissie, la couche granuleuse est renflée en amas par places, et ailleurs fait défaut; le corps muqueux, hypertrophié dans son ensemble, envoie dans le derme des bourgeons élargis, irréguliers, quelquefois ramifiés. Les cellules de ces bourgeons sont souvent métatypiques, privées de filaments d'union, en dégénérescence pseudo-coccidienne ou en évolution cornée ; les globes épidermiques typiques sont nombreux. Le tissu du derme offre des indices de réaction inflammatoire. Je n'ai trouvé nulle part d'infiltration carcinomateuse diffuse.

En somme, épithéliomes lobulés, très certainement doués de malignité, mais à un stade encore peu avancé.

Discussion du diagnostic. — Au moment où j'ai revu le malade cette année, j'avoue que mes hésitations sur le diagnostic à porter ont recommencé. Me rappelant l'aspect spécial de la face et du cou en 1890, qui était, je le répète, à quelque nuance près, typiquement celui du xeroderma pigmentosum, je me demandai si je n'étais pas en présence d'un cas anormalement tardif de cette dermatose. L'apparition d'épithéliomes multiples n'était pas pour infirmer cette hypothèse. Mais l'état des régions palmaires et plantaires ne cadrait pas avec elle.

Je me rappelai, bien tardivement il est vrai, l'existence des kératoses verruqueuses de l'arsenicisme chronique, et dirigeant mes investigations dans ce sens, voici ce que j'ai appris :

Pour se traiter de sa bronchite chronique — laquelle, on peut bien le dire, a toutes les apparences d'une tuberculose à marche lente — Ch... a pris depuis 1886, sur le conseil d'un médecin, de la liqueur de Fowler, et cela avec une persévérance rare et malheureuse dans son cas. De 1886 à 1896 il a pris 12 gouttes par jour pendant environ 12 jours chaque mois. Ayant constaté du larmoiement et de la conjonctivite, il n'en prit, de 1897 à 1901, que pendant sept jours chaque mois. Depuis le mois de juin dernier l'absorption de ce médicament et de tout autre anologue lui a été bien entendu interdite. On peut calculer qu'en 15 ans il a avalé environ un litre de liqueur de Fowler, correspondant à 10 grammes d'acide arsénieux !

Je pense qu'on peut conclure sans invraisemblance à la *nature arsenicale* de la dermatose décrite ci-dessus. Parmi les accidents cutanés dus à l'arsenicisme chronique (1) il y en a deux qui sont bien connus.

La *mélanodermie*, on le sait, est relativement fréquente, peut être diffuse ou maculeuse, occuper le tronc, les membres, le cou, un peu plus rarement la face. Dans le cas actuel on ne peut signaler comme anomalie que la petitesse des taches occupant exclusivement

(1) Voir notamment : G. Brouardel. Étude sur l'arsenicisme. *Th. de Paris*, 1897. — J. Méneau. Les dermatoses arsenicales. *Ann. de Dermatologie*, 1897, p. 345.

les parties découvertes. La teinte plus diffuse remarquée cette année sur le tronc de mon malade, avec la desquamation qui l'accompagne, rentre dans la cadre habituel.

Les *taches vasculaires*, sur lesquelles j'ai insisté, sont aussi une manifestation exceptionnelle; on connaît des érythèmes, des pétéchies arsenicales, mais je n'ai vu signaler rien de semblable à ce que j'ai noté dans ce cas.

Les *hyperkératoses* se sont présentées ici avec leurs caractères les plus typiques. L'absence d'hyperhidrose mérite une simple mention. Il est donc inutile d'y insister. Je crois cependant devoir noter que l'examen histologique que j'ai pu en faire comblera en partie une lacune de nos connaissances sur ce sujet.

Mais l'intérêt spécial de la présente observation réside dans l'apparition, à un stade avancé de l'intoxication, d'épithéliomes multiples.

La notion de l'existence d'un *cancer arsenical* est due à J. Hutchinson qui, en 1887, en publia 3 cas et fit paraître plusieurs communications sur ce sujet. Elles furent accueillies avec un scepticisme marqué, et G. Brouardel dit encore dans sa thèse que l'opinion d'Hutchinson sur ce point « lui est restée uniquement personnelle ».

Cependant de nombreuses observations sont venues l'appuyer. Dans un bon nombre d'entre elles il s'agit, il est vrai, de placards de psoriasis, qui sont devenus épithéliomateux (cas de Pozzi, de Cartaz, de White, etc.); mais les malades avaient été longuement traités par l'arsenic, les tumeurs malignes se sont plusieurs fois développées sur les mains ou les pieds, les patients étaient d'un âge peu avancé; ce sont là des circonstances qui parlent en faveur de l'origine arsenicale de la transformation maligne.

Plus démonstratifs cependant sont les faits de cancer épithélial développé dans l'arsenicisme chronique avec hyperkératoses, sans dermatose préalablement existante. Sans avoir fait des recherches bibliographiques bien étendues sur ce point, je signale seulement que dans l'endémie d'arsenicisme de Reichenstein en Silésie, L. Geyer, qui l'a étudiée, mentionne, sans détails suffisants il est vrai, 4 ou 5 cas au moins de cancer de la peau.

La présente observation servira donc à étayer et à confirmer la notion dont je parlais, celle de l'existence d'un cancer arsenical et, qui mieux est, d'une *épithéliomatose multiple arsenicale*, les tumeurs naissant soit d'hyperkératoses verruqueuses préalables, soit en des points non hyperkératosiques.

Si l'on s'en rapporte aux cas connus, le *pronostic* du cancer arsenical est assez sombre. Lorsque l'absorption de l'arsenic a définitivement cessé, la dermatose arsenicale, mélanodermie et hyperkératose, s'atténue et peut disparaître, dans un temps variable, souvent

très long et en rapport peut-être avec la durée de l'élimination du poison. Les épithéliomes au contraire persistent et progressent. Les malades qui se sont refusés à une extirpation précoce et suffisamment large, ont dû subir l'amputation du membre et plusieurs ont succombé à la généralisation de la tumeur maligne.

L'épithéliomatose d'origine arsenicale pourrait prêter à des considérations multiples et intéressantes sur la pathogénie des tumeurs malignes épithéliales.

D'autre part, certains rapprochements sont curieux à faire. N'a-t-on pas préconisé l'arsenic et en particulier la liqueur de Fowler dans le traitement du cancer de la peau (O. Lassar, *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 23, 1893) ! L'acide arsénieux, à la suite surtout des publications de Cerny, de Prague, a repris une grande faveur comme caustique local dans cette affection, et en semble digne par l'action sensiblement élective dont il fait preuve.

Mais ce n'est pas ici le lieu d'approfondir ces différentes questions sur lesquelles j'ai l'intention de revenir ultérieurement.

M. Du Castel. — Le diagnostic de ce cas d'arsenicisme a été très difficile au début ; il semble que la lésion de la paume de la main ait dû jeter le doute sur l'existence d'un xeroderma pigmentosum ; cette maladie n'atteint pas la paume de la main ; au moins, pas au point où l'est la paume de la main du malade de M. Darier. Vous pourrez voir cette différence sur un malade que je vais vous montrer.

Xeroderma pigmentosum.

Par M. Du Castel.

Voici un garçon de 19 ans dont la maladie aurait débuté à l'âge de 8 ans. C'est un homme bien développé, originaire de la Creuse. Les mains sont couvertes d'un mélange de taches pigmentaires, érythémateuses, atrophiques ; le cou est couvert de taches semblables. Sur la face, il existe un nombre considérable de petites néoplasies malignes. Une grosse tumeur a été déjà enlevée au niveau de l'extrémité externe du sourcil droit. La paume de la main est normale.

Il ne semble pas y avoir eu d'autre exemple authentique de la maladie dans la famille du malade ; celui-ci raconte bien que sa sœur a été atteinte à 18 ans et qu'elle a guéri à 21 ans. Le début tardif de la maladie, la guérison rapide sortent tellement de ce qu'on observe ordinairement qu'on doit, je crois, conserver les plus grands doutes sur l'affection dont cette jeune fille a été atteinte.

Traitement local des syphilides ulcéreuses par l'application permanente de compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq millième.

Par M. Hallopeau.

J'ai reconnu, depuis longtemps, que le traitement spécifique local est, dans la syphilis, un adjuvant puissant du traitement général ; j'ai vu en particulier des syphilides serpigineuses disparaître en quelques semaines de traitement par l'emplâtre de Vigo combiné avec le traitement général, alors que celui-ci, employé d'abord isolément, était resté impuissant pendant une année.

Pour les syphilides ulcéreuses, j'obtiens des résultats des plus satisfaisants par l'application locale de compresses de tarlatane pliées en douze et imprégnées de la solution de sublimé au cinq millième ; j'ai déjà exposé ces faits dans deux communications qui remontent, l'une à décembre 1900, l'autre à janvier 1901.

Dans cette dernière, j'ai établi, par des faits cliniques, que ce traitement local donne de meilleurs résultats, combiné avec la médication générale, que le pansement comparatif avec de l'eau bouillie simple ; je croyais la question vidée.

Notre éminent président y est revenu dans la dernière séance, en affirmant de nouveau que ce traitement local par le sublimé donne lieu à des phénomènes d'irritation qui le rendraient éminemment défectueux.

Je ne conteste nullement l'action irritante des préparations de ce sel, mais c'est une question de doses; or, j'affirme que la solution au cinq millième est inoffensive et cependant active ; on sait qu'il suffit d'un vingt millième de sublimé pour enrayer la germination.

A l'appui de mon affirmation, j'ai l'honneur de vous présenter 12 malades chez lesquels ce traitement a été employé depuis 15 à 20 jours : vous pouvez constater que, chez aucun d'eux, il n'y a trace d'irritation.

J'ajouterai que chez le nommé L..., atteint de syphilides papulo-ulcéreuses multiples des membres inférieurs, les parties traitées ainsi localement par le sublimé sont plus avantageusement modifiées, toutes choses égales d'ailleurs, que celles traitées par l'eau boriquée : celles-là ont, en effet, complètement perdu leur caractère spécifique ; il n'est pas de même de celles-ci.

J'espère avoir convaincu par ces faits les collègues qui étaient d'un avis opposé.

Sur un cas de syphilis d'origine professionnelle.

Par M. Hallopeau.

Il s'agit d'un fait tel qu'il ne devrait plus s'en produire dans un pays où l'hygiène attire tant l'attention des pouvoirs publics et des hommes de science qui y consacrent leur temps et leurs efforts.

Le nommé R..., âgé de 45 ans, verrier, venu le 25 novembre à notre consultation, n'a pas d'antécédents spécifiques antérieurs.

Il travaille dans une cristallerie de Pantin. Il se sert d'un tube en fer avec lequel il souffle des pièces de verrerie. Ce tube passe tantôt par quatre, tantôt par huit bouches différentes. Un enfant, parmi ces ouvriers, âgé de 13 ans, avait mal à la bouche; trois semaines après son arrivée, il se développe chez M. R... une saillie indurée et ulcérée sur le côté droit de la lèvre inférieure; cette saillie a tous les caractères d'un chancre induré; il y a du même côté une adénopathie sous-maxillaire volumineuse.

Pour éviter le retour d'accidents de cette nature, il serait de toute nécessité que chaque ouvrier affecté à ce travail fût examiné chaque jour par un médecin de l'établissement.

Un camarade de R..., soufflant dans le même tube, a contracté simultanément des accidents de même nature.

Pathogénie probable de syphilides tuberculo-ulcéreuses de la voûte palatine et de la joue.

Par MM. Hallopeau et Eck.

Il reste encore bien des inconnues dans les causes prochaines du développement et des localisations des syphilomes tertiaires.

Ils correspondent en toute évidence à l'action d'une phase tardive de l'évolution du contage. Mais, non seulement nous ne possédons aucune donnée sur les caractères physiques de ce contage, qui est peut-être de trop petites dimensions pour être accessible à nos moyens d'investigation quelque puissants qu'ils soient, mais nous ne pouvons dire non plus pourquoi il présente telle ou telle localisation.

A ce point de vue, l'histoire de la malade que nous avons l'honneur de vous présenter nous paraît offrir de l'intérêt.

La nommée Vand..., âgée de 54 ans, entre le 24 novembre 1902, salle Lugol, lit n° 15, pour des ulcérations du nez et de la voûte palatine. Ces ulcérations ont le caractère nettement spécifique. La malade affirme ignorer à quelle époque remonte le début de sa syphilis, dont elle ne se savait pas atteinte. Il y a six semaines environ, elle a ressenti de la douleur et il s'est produit deux ulcérations, l'une sur le devant de la voûte palatine, l'autre

sur la partie médiane du voile du palais; quinze jours environ plus tard, une saillie a paru sur la partie supérieure gauche du nez; elle était rouge, indurée; bientôt elle a pris une coloration noire et s'est ulcérée.

Cette ulcération a la forme d'une ellipse à diamètre vertical; elle mesure 22 millimètres de bas en haut sur 15 transversalement; à sa partie médiane est une eschare noire qui, depuis son entrée, s'est desséchée; elle est insensible à la piqûre et au toucher; son pourtour n'est pas notablement induré.

L'ulcération du voile du palais atteint les dimensions d'une pièce de 20 centimes; elle occupe la ligne médiane; ses bords sont taillés à pic.

Une autre ulcération semi-circulaire siège sur la partie la plus élevée de la voûte palatine; ses dimensions sont de 15 millimètres d'avant en arrière sur 8 millimètres transversalement; sa forme représente un segment de cercle; elle est recouverte d'un détritus grisâtre; l'exploration avec le stylet montre qu'elle a pour fond l'os nécrosé. La malade est soumise au traitement par l'iodure (6 grammes) et des injections de calomel. Des compresses de sublimé sont appliquées en permanence sur l'ulcération nasale.

Nous n'insisterons pas sur le caractère gangreneux de la lésion faciale, bien que ce soit là, d'après M. Fournier qui, seul de tous les syphiligraphes, l'a mentionnée, une altération très rare.

Nous voulons rechercher comment l'on peut s'expliquer la genèse successive de ces manifestations tertiaires au palais et au visage. Il ne peut y avoir là une simple transmission de voisinage, car les parties atteintes sont séparées par le squelette qui doit former entre elles une barrière difficilement franchissable. Considérant que ces diverses manifestations sont localisées dans la sphère de distribution du nerf maxillaire supérieur, nous nous trouvons amenés à rechercher s'il n'y a pas là une relation de cause à effet; l'un de nous a insisté déjà, à plusieurs reprises, sur l'existence d'actions trophiques réflexes donnant lieu à des troubles variés. En premier lieu, il a communiqué, en 1878, à la Société de biologie, avec M. Neumann, une note sur un cas d'inflammation suppurative réflexe de l'un des tétons, survenue 15 jours après l'application, avec vive irritation, d'un vésicatoire sur l'autre téton. En 1880, il a fait connaître à la même Société un fait dans lequel la production sur la partie antéro-externe d'une des jambes d'une eschare par galvanisation trop prolongée a été suivie du développement d'une lésion exactement semblable dans la partie correspondante de l'autre jambe. Il a admis que deux influences avaient dû concourir au développement de ces manifestations secondaires : d'une part, un trouble réflexe dans l'innervation trophique, amenant le développement d'une inflammation; d'autre part, l'apport, par la circulation, dans ce foyer secondaire, d'éléments infectieux provenant du foyer initial.

Il s'agissait, en pareils cas, de nerfs symétriques.

Rien ne s'oppose théoriquement à ce que des troubles analogues

puissent se produire dans les différents faisceaux du même nerf.

S'il en est ainsi, on pourrait admettre pour notre malade actuelle le mode pathogénique suivant : *mise en activité, sans cause connue, d'un dépôt de contage resté longtemps silencieux dans le tissu sous-muqueux ou le squelette de la voûte palatine, genèse de nouveaux éléments semblables, passage de ces éléments dans la circulation générale, défaut de fructification de ces éléments dans les autres parties du corps par le fait de l'immunité que confèrent les atteintes précédentes, exception à cette immunité dans les téguments du nez en raison des troubles de nutrition qu'entraîne, par voie réflexe, dans la branche du maxillaire supérieur qui anime cette région, l'irritation centripète provoquée par le développement de la néoplasie palatine.*

En d'autres termes, une action trophique réflexe, consécutive aux excitations centripètes provenant de la néoplasie palatine, se serait produite dans une partie du tégument du nez soumis à l'action du même nerf, et, levant l'immunité vaccinale des poussées antérieures, y aurait permis le développement du contage.

L'un de nous a déjà invoqué un mécanisme semblable pour expliquer les localisations tertiaires de la syphilis dans des parties symétriques du corps telles que le sommet des épaules ; ici, il ne s'agirait plus de nerfs symétriques, mais bien des branches d'un même tronc nerveux.

Il y aura lieu de rechercher si la localisation d'autres syphilomes est explicable par ce même mécanisme.

Deuxième note sur un cas de poussées lépreuses aiguës avec localisations sous-cutanées nodulaires et lymphangitiques.

Par MM. Hallopeau et Jomier.

L'un de nous a déjà présenté, il y a deux ans, ce malade à la Société, en insistant sur l'évolution de sa lèpre qui a constamment, depuis son origine, procédé, par poussées aiguës, récidivant sans cause connue, malgré un traitement intensif, et à intervalles variant d'une ou deux semaines à plus d'une année.

Depuis environ 20 mois, en effet, ces poussées avaient cessé de se produire ; partout, les lésions préexistantes avaient rétrocédé ; il n'y avait plus, sur le tronc et les membres, que de simples macules ; la santé générale était satisfaisante; le jeune homme grandissait et se développait, quand, inopinément, sans cause appréciable, la situation a changé.

Le 1er octobre, le malade, nommé Alexandre D..., âgé de 17 ans, couché

salle Bazin, n° 46, montre, à la visite, de petites nodosités sous-cutanées qu'il aurait remarquées depuis quatre ou cinq jours.

Ces nodosités siègent au niveau de l'omoplate droite, et de la fosse sous-épineuse.

On en compte trois, l'une inférieure, à 3 travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, et deux autres, à 2 travers de doigt environ au-dessus de la précédente, et tellement rapprochées l'une de l'autre qu'au premier abord elles pourraient paraître n'en faire qu'une seule.

Ces nodosités sont très douloureuses à l'examen ; les mouvements suffisent à les provoquer ; le malade ne peut remuer son bras ni se coucher sur ce côté ; toute pression sur ces nodules réveille la douleur ; mais, si on n'y touche pas, ils restent indolores.

Leur volume est à peu près celui d'une amande ; ils sont nettement sous-cutanés, car ils sont mobiles sur l'aponévrose ; ils sont également distincts de la peau — qui peut être plissée par-dessus ; — ils roulent sous le doigt qui les examine et sont durs à la pression.

Le 2 octobre, le malade signale une nouvelle nodosité au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

Ses caractères sont les mêmes que ceux des précédentes.

Dans l'aisselle gauche, un ganglion est tuméfié.

Dans la droite, il y en a plusieurs ; ils rappellent les nodosités, mais, caractère distinctif, ils sont fort peu douloureux, tandis que les nodosités le sont beaucoup.

Les jours suivants, la fièvre s'allume, les nerfs cubitaux deviennent très douloureux ; l'éruption s'étend ; les yeux s'altèrent profondément, et le malade est transporté à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. de Lapersonne. A sa rentrée dans notre salle, il continue à avoir de la fièvre ; il se plaint encore de maux de tête ; l'appétit n'est pas revenu, mais les douleurs du coude ont disparu.

29 novembre 1902. Le nerf cubital gauche est très augmenté de volume, en arrière de la trochlée. Le droit l'est un peu moins.

Il n'y a pas d'atrophie apparente des muscles de l'avant-bras.

A la main droite, nous constatons une atrophie des muscles de l'éminence thénar, une légère flexion de l'annulaire, une flexion plus accusée de l'auriculaire.

A la main gauche, l'atrophie de l'éminence thénar et la flexion des quatrième et cinquième doigts existent également, mais elles sont moins prononcées. La sensibilité est diminuée dans tous ses modes au niveau des auriculaires et des faces dorsales et internes des annulaires.

Au niveau de la partie antérieure de la fosse temporale droite, s'est développé un tubercule très saillant qui semble en réalité formé de deux nodules conglomérés ; il est rouge et douloureux à la pression.

Au niveau de la région parotidienne droite, on voit de petits tubercules agminés, d'un rouge sombre.

Des tubercules sont disséminés dans tout l'étendue des régions sous-maxillaires droite et gauche. Ils sont de même rouges et douloureux.

Les ganglions sous-maxillaires et sous-hyoïdiens sont tuméfiés.

Un petit tubercule rosé proémine à la face externe de l'avant-bras droit.

Le malade rapporte qu'au début de la poussée des éléments semblables existaient au voisinage de la tabatière anatomique et de l'épitrochlée, de ce même côté.

A gauche, des tubercules situés à la face externe de la partie inférieure de l'avant-bras, à la face interne de sa partie supérieure et au niveau de la face externe de la première phalange du médius ont maintenant disparu. On note la tuméfaction du ganglion sus-épitrochléen.

Quelques ganglions sont de même augmentés de volume dans les aisselles.

Au thorax, il s'est fait une éruption de tubercules. Quelques-uns de ces éléments sont encore d'un rouge plus ou moins sombre et douloureux à la pression. On note aussi des zones de coloration cyanosée ou brun clair.

A gauche, les éléments sont agminés en une plaque qui occupe toute la région mammaire et se termine par un bord tranché sur la ligne médiane.

A droite, les éléments sont plus disséminés.

A l'épigastre et jusqu'à la région ombilicale, des taches brunâtres continuent en bas l'éruption du thorax ; elles représentent des éléments en voie de régression.

A la face antéro-interne de la cuisse droite, se trouve un placard, de teinte cyanosée, un peu plus rouge en bas et douloureux à ce niveau. Des nodules signalés antérieurement sur le trajet de lymphatiques indurés sont encore nettement perceptibles, bien que moins prononcés ; les ganglions inguinaux sont tuméfiés.

A la face externe de la cuisse gauche, existent des taches cyanosées analogues. A la face antérieure, quelques tubercules disséminés paraissent en évolution régressive.

Il n'y a pas de signes d'altération buccale ou nasale; cependant, le malade a été opéré récemment d'une dacryocystite; il est donc très probable que les fosses nasales sont intéressées profondément.

Les yeux sont devenus, lors de la dernière poussée, le siège de lésions graves.

A droite, nous notons la rougeur et la vascularisation de la conjonctive, l'existence d'un staphylome, la dilatation de l'ouverture pupillaire. Sur les conjonctives, on note en outre des nodules légèrement saillants.

Le contour de la pupille est très irrégulier; son orifice est obstrué dans sa moitié supérieure par un exsudat émanant de l'iris.

A gauche, on observe une altération de la conjonctive et de la cornée qui présente une teinte opaline. La pupille ne se contracte pas. Le champ pupillaire est occupé en partie par des productions membraneuses.

La vision est très amoindrie; le malade ne peut plus lire; il ne peut plus de l'œil gauche discerner les doigts qu'on lui présente.

Depuis son entrée dans le service, sa température est restée élevée le soir : le 29 novembre, 39°,2 ; le 30 et le 1er décembre, 38°,6 ; le 2, 38°,2.

Le 3, au matin, température moindre.

Il nous a paru intéressant de montrer à la Société ce jeune homme pendant le cours d'une des poussées qui caractérisent son évolution morbide. Elle est survenue après une longue période d'accalmie, sans

cause appréciable. En toute évidence, il s'est produit chez ce jeune homme une nouvelle poussée de bacilles : elle s'est localisée surtout dans les milieux de l'œil, à la peau et dans le tissu sous-jacent, dans les nerfs cubitaux, dans les troncs lymphatiques des membres inférieurs, dans des ganglions ; concurremment des toxines ont engendré la fièvre.

L'état général a beaucoup souffert de ces manifestations et surtout sans doute de la réaction fébrile prolongée.

Parmi les localisations que nous venons d'indiquer, les nodules sous-cutanés et les altérations lymphangitiques sont exceptionnels : ce malade nous paraît être le premier chez lequel on ait signalé ces lymphangites tronculaires sur lesquelles l'un de nous a déjà attiré l'attention dans une précédente communication.

Le traitement reste malheureusement sans action sur ces poussées; elles cessent comme elles sont venues, sans que l'on sache pourquoi.

D'après nos observations, ce que l'on observe chez ce jeune homme est la règle dans cette maladie : poussées aiguës, suivies d'accalmies plus ou moins prolongées et parfois assez accentuées et durables pour faire croire à une guérison.

Mais, d'ordinaire, ces nouvelles poussées sont moins aiguës et apyrétiques ; elles passent alors facilement inaperçues.

Quiconque a eu la lèpre est toujours sous le coup de nouvelles poussées semblables ; mais il n'est pas nécessaire qu'elles se produisent et c'est alors que l'on peut parler de guérison.

Nous avons bon espoir qu'il en est ainsi chez une jeune fille qui est actuellement dans notre salle Lugol : après avoir été atteinte, pendant plusieurs années, d'une lèpre scarlatiniforme du tronc et des quatre membres, elle est, depuis près de deux ans, sans nouvelles manifestations; il ne reste pour ainsi dire plus de traces de ses lésions cutanées ; son état général est aussi satisfaisant que possible ; on peut espérer qu'il n'y aura plus chez elle de retour offensif, d'autant plus que sa dermatose, après la poussée initiale qui remonte à environ cinq ans, avait été constamment en s'améliorant.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

La lèpre évolue par poussées successives avec localisations multiples et variées ;

Ces poussées peuvent s'accompagner d'une réaction fébrile prolongée et intense ;

Elles contribuent puissamment à altérer d'une manière durable la santé générale ;

Elles sont accompagnées et suivies d'une multiplication et d'une aggravation des manifestations locales, bien que celles-ci aient généralement tendance à rétrocéder dans l'intervalle des poussées ;

Ces poussées peuvent se faire simultanément du côté de la peau, des muqueuses, des yeux, du tissu cellulaire sous-cutané, des ganglions, des nerfs et des réseaux lymphatiques.

Sur deux cas de deutéropathies syphilitiques.

Par M. Hallopeau.

Conformément aux données du langage médical classique, je désigne sous ce nom tous les états morbides qui surviennent secondairement sous l'influence de la syphilis.

Les deux malades que nous avons l'honneur de vous présenter en offrent des spécimens assez exceptionnels.

La nommée L..., Aline, âgée de 58 ans, couturière, entre le 20 octobre 1902, salle Lugol, lit n° 19.

La malade nie tout antécédent spécifique. Il y a 12 ans, un bouton s'est développé dans le sillon naso-génien droit; peu à peu, il s'est étendu et le tiers inférieur du nez a été finalement le siège d'une tuméfaction dure, peu douloureuse; après des alternatives d'amélioration et de recrudescence qui ont duré dix années, la maladie a continué à évoluer, envahissant progressivement la lèvre supérieure, la lèvre inférieure, la partie supérieure de la région mentonnière, toute la région faciale droite et une partie de la région gauche. C'est en voyant l'envahissement progressif de toute sa figure que la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

On constate alors l'existence d'une vaste ulcération occupant toute la partie droite de la face; son bord supérieur s'étend de l'angle externe de l'œil jusqu'à un travers de doigt en avant et au-dessous du lobule de l'oreille; son bord postérieur suit à peu près régulièrement celui de la branche montante du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle de la mâchoire; inférieurement, elle dépasse le bord inférieur du maxillaire et intéresse les deux tiers supérieurs de la région sus-hyoïdienne sur laquelle elle s'avance en pointe. Son bord inférieur remonte par une ligne légèrement incurvée jusqu'à l'angle mentonnier et, de là, redescend vers la région sus-hyoïdienne gauche où elle présente les mêmes dispositions que du côté droit.

A gauche, l'ulcération déborde le nez d'un travers de doigt environ, s'étalant sur la partie interne des deux tiers inférieurs de la région faciale. En descendant, elle s'écarte de plus en plus de la ligne médiane, passe à 3 centimètres de la commissure labiale et s'étale alors, suivant le bord supérieur du maxillaire inférieur jusqu'à 2 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille gauche.

A gauche, les paupières ne sont point intéressées; il n'en est pas de même à droite; la paupière supérieure y est légèrement ulcérée et la paupière inférieure totalement détruite.

La malade est soumise au traitement spécifique, par le sirop mixte et l'iodure de potassium; sur l'ulcération faciale, on applique en permanence des compresses de sublimé à 1/5000e.

Une amélioration rapide se manifeste ; après une dizaine de jours de ce traitement, on voit nettement l'ulcération perdre ses caractères spécifiques et commencer à se cicatriser; cette cicatrisation évolue progressivement.

A la fin de novembre, cinq semaines par conséquent après l'entrée de la malade à l'hôpital, elle est presque générale, mais elle a entraîné secondairement deux altérations dignes d'attention. La paupière inférieure droite est en ectropion; la conjonctive, entraînée en bas, forme une surface rouge dont le diamètre s'étend jusqu'à près d'un centimètre; l'occlusion des paupières ne peut se faire qu'incomplètement; il y a du larmoiement; la surface de l'œil n'est plus qu'imparfaitement protégée. On doit redouter qu'il ne se développe secondairement des altérations phlegmasiques. Une autoplastie semble nécessaire.

D'autre part, il s'est produit un rétrécissement considérable de l'orifice buccal : il ne mesure plus à l'heure actuelle que 35 millimètres, alors qu'en moyenne il atteint de 42 à 45 millimètres. C'est d'ailleurs là une simple difformité. Les lèvres, bien qu'atrésiées, fonctionnent à peu près normalement. Il n'y a qu'une question d'esthétique.

Ces deux altérations, l'ectropion et l'atrésie buccale se sont développées secondairement sous l'influence du processus spécifique et méritent ainsi la dénomination de *deutéropathies syphilitiques*. Comme elles sont de date toute récente, on doit craindre que, par suite des progrès de la rétraction, elles ne se prononcent encore davantage. L'un de nous a vu, dans un cas analogue, la conjonctive être entraînée jusqu'au niveau de l'aile du nez. Ces deutéropathies sont désormais tout à fait étrangères au processus spécifique ; il va de soi que le traitement médical ne peut être, en pareil cas, d'aucune utilité. On peut concevoir que des altérations semblables se développent secondairement à la suite de gommes nerveuses ou viscérales et qu'il en résulte des troubles fonctionnels non justiciables de l'intervention thérapeutique.

Des considérations analogues sont applicables au second malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société et qui a fait l'objet d'une communication de nous-même et de M. R. Duval en juin dernier.

Louis B..., âgé de 29 ans, revient nous consulter en décembre.

Les manifestations ulcéreuses ont persisté, en diverses régions, depuis le départ du malade, malgré un traitement intensif ; il reste des cicatrices nummulaires multiples sur toute la surface du corps.

Le plancher buccal est parsemé d'ulcérations aux contours serpigineux ; il en est de même de la face dorsale et des côtés de la langue ainsi que du palais. On y voit aussi des cicatrices multiples comme sur le visage, taillées à l'emporte-pièce. La plus remarquable est celle que le chancre a laissée à sa place au milieu de la lèvre inférieure ; elle a la forme d'une ellipse étendue transversalement ; elle mesure 17 millimètres sur 9 millimètres. Sa partie médiane supérieure forme dans la lèvre une encoche de 7 milli-

mètres de profondeur. Cette encoche divise la lèvre en deux moitiés qui se réunissent en s'affaissant à ce niveau sous un angle presque aigu. La cicatrice s'y prolonge jusqu'au milieu de l'épaisseur de la lèvre.

C'est à ce niveau que son induration et sa décoloration sont le plus prononcées; de sa surface partent des plis radiés qui s'étendent dans toutes les directions. Les troubles fonctionnels signalés antérieurement pendant la période d'activité du chancre ont d'ailleurs cessé; il en est ainsi particulièrement de l'écoulement de la salive.

Ici encore l'esthétique seule est aujourd'hui en cause en ce qui concerne cette altération labiale. Si nous croyons devoir la montrer à la Société, c'est que des pertes de substances aussi considérables s'observent rarement à la suite de chancres indurés, même phagédéniques.

Les deux malades que nous venons de présenter montrent combien peuvent être multiples et variées les cicatrisations consécutives de la syphilis et quel intérêt offrent pour le clinicien ces deutéropathies.

Sur un cas de trichophytie palpébrale.

Par M. Hallopeau.

Ce fait est intéressant par la localisation de la plaque trichophytique.

Le nommé R..., âgé de 10 ans, se présente le 25 novembre à notre consultation : il y a trois semaines, une plaque éruptive s'est développée sur la partie médiane de sa paupière droite et s'est depuis lors étendue excentriquement. Actuellement elle occupe toute l'étendue de la paupière supérieure, remonte jusqu'au sourcil et s'étend à droite à 2 centimètres et demi de la commissure qu'elle contourne en descendant sur la paupière inférieure.

Une autre plaque semblable, du diamètre d'une lentille, se trouve audessous de la commissure interne. Elle est limitée par un rebord saillant couvert de squames et de croûtelles blanchâtres. On note, à son extrémité inféro-interne, un groupe de vésico-pustules, et en dehors du cercle de desquamation, une zone érythémateuse. On voit des îlots suppurés dans l'aire de la plaque. Cette aire est rosée; elle disparaît sous la pression du doigt; elle est parsemée de fines squames et de vésico-pustules miliaires, la petite plaque située sous la commissure a les mêmes caractères.

Dans le sillon naso-jugal, un groupe de vésicules offre un aspect identique; les cils sont conservés et indemnes; le bord palpébral est tuméfié.

Les follets sont raréfiés au niveau de la partie malade.

Il n'y a pas de douleur.

Au microscope, on voit les follets entourés au niveau de leur racine d'un amas de spores réfringentes, il n'y en a qu'un petit nombre dans les squames. Cette prédominance des altérations au niveau des follets donne un aspect particulier à la préparation. Dans l'épiderme, on rencontre des tubes de mycélium réfringents, parfois bifurqués à leur extrémité.

La forme de l'éruption est dominée ici par son siège palpébral : la cessation du tégument externe au niveau du bord palpébral ne lui a pas permis de prendre la forme circulaire qui lui est habituelle et qui résulte exclusivement de son mode d'extension : l'ouverture des paupières forme comme un grand vide sur la partie interne du cercle.

Ce fait prouve d'une manière absolue que la conjonctive ne forme pas un milieu de culture favorable au développement du trichophyton ; peut-être la lubréfaction constante par les larmes y est-elle pour quelque chose.

Sur la contagiosité de la trichorrexie noueuse.

Par M. Sabouraud.

Dans une des dernières séances de la Société, l'un de nos collègues, M. Gaucher je crois, a nié ou mis en doute l'origine parasitaire de la trichorrexie noueuse. J'apporte un document décisif sur la question. C'est le troisième pinceau à barbe, qu'un homme que je soigne, atteint de trichorrexie noueuse de la barbe et de la moustache, *a contaminé*, en quelques mois.

Il suffit d'examiner ce pinceau en poils de blaireau pour voir que presque tous ses poils périphériques portent une, deux, trois et quatre nodosités caractéristiques, et qu'en ces points noueux ils sont à demi fracturés comme les poils ou cheveux atteints de la même maladie.

Si donc nous ne pouvons encore nommer d'une façon sûre le parasite qui cause cette étrange affection, nous sommes du moins en mesure d'affirmer son existence, et sa propagation même aux poils animaux et même aux fourrures préparées. Les photographies ci-jointes montrent en toute évidence la similitude des lésions du poil humain et animal.

Sur l'histologie des teignes.

Par M. Sabouraud.

Depuis longtemps j'avais le désir d'étudier attentivement les lésions histologiques de la teigne tondante pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'elles ont été très peu étudiées jusqu'ici, et nous en sommes à ce point de connaître beaucoup mieux la partie mycologique de la question que sa partie histologique.

En second lieu, je voulais par ces études définir les lésions élémentaires dont un parasite connu, classé, d'une valeur causale incontestée, peut être tenu pour responsable.

Il me semble en effet que la teigne tondante occupe dans la dermatologie la place qu'a tout naturellement occupée le charbon parmi les maladies infectieuses. Et puisque la trichophytie se prête à l'expérimentation, il me semble qu'on peut s'en servir comme d'un moyen d'étude.

Enfin j'avais pensé encore que le premier objet de recherches dans les lésions de la teigne tondante devait être la squame et la croûtelle, car dans l'état actuel de nos connaissances la définition histologique générale de la squame et de la croûte est aussi peu précise que possible. Toute étude sur ce sujet me semblait donc devoir être hautement profitable.

J'ai confié ce travail à M. Ch. Du Bois, ancien assistant interne à la clinique dermatologique de Genève, aujourd'hui chef de la clinique dermatologique de l'hôpital cantonal à Genève.

Ce travail, dont l'auteur a fait sa thèse de doctorat, a occupé les huit mois de son séjour dans mon laboratoire, et c'est lui que j'offre en son nom à la Société de dermatologie (1).

Les squames trichophytiques résultent de quatre processus qui sont :

1° D'abord des lésions de congestion dermique;

2° Des phénomènes de transsudation séreuse à travers l'épiderme;

3° Des phénomènes de passage leucocytaire au travers de l'épiderme;

4° Des phénomènes de dyskératose consécutifs aux précédents.

Ces phénomènes sont énumérés ici dans l'ordre chronologique où l'observation les voit se produire.

1° *Congestion dermique.* — Il semble certain que les premiers phénomènes de réaction à l'envahissement d'un follicule ou d'un poil par le trichophyton ont le derme pour siège anatomique. Il se fait d'abord dans le derme une infiltration de cellules migratrices et une multiplication des cellules fixes.

C'est à la suite de ces lésions dermiques que se produisent soit simultanément, soit l'un après l'autre : la transsudation séreuse et la transsudation leucocytaire au travers de l'épiderme et jusqu'à sa surface.

2° *Spongiose.* — Le passage du sérum et sa diffusion dans l'épiderme créent toutes les variétés de l'œdème épidermique appelé *état spongoïde* par P. G. Unna et *spongiose* par E. Besnier. Cet afflux séreux se coagule et est expulsé dans la squame ou croûtelle sous forme de blocs reproduisant la forme qu'a prise l'épanchement séreux entre les cellules épidermiques quand il s'est produit.

3° *Cytodiaphorose ou Exocytose.* — Quant à l'afflux leucocytaire

(1) Du Bois. *Pathogénie et histologie de la squame dans les teignes tondantes*, Genève, 1902.

en surface, Ch. Du Bois lui donne le nom de cytodiaphorose; je lui préférerais le nom plus simple et plus harmonieux de *exocytose*. Les cellules migratrices viennent s'effuser à la surface de l'épiderme, et plus tard se trouvent incluses entre des strates cornées dans la croûte.

4° *Dyskératose*. — Enfin l'aplatissement des cellules épidermiques, refoulées par l'afflux cellulaire ou séreux, amène leur *dyskératinisation*. Ces lames cornées, dont la kératinisation, complète ou incomplète, précède et suit l'évolution de la lésion, se trouvent recouvrir la face superficielle et la face profonde de la squame, dont *l'exosérose* et *l'exocytose* constituent le centre ou noyau.

Un des faits les plus intéressants mis au jour par les recherches de Ch. Du Bois est la présence de lésions histologiques telles que l'œdème épidermique à une grande distance de tout point d'infection parasitaire, quoique ces lésions à distance se rattachent sans aucune hésitation possible à l'infection trichophytique elle-même.

Cette constatation est tellement analogue à celles que Unna a faites autour des vésico-pustules staphylo-épidermiques (dites par lui eczématiques) que ce détail, à cause de sa grande importance doctrinale, valait la peine d'être souligné.

Tels sont, succinctement, les faits les plus importants qu'étudie cette thèse et qu'elle met en lumière au moyen de figures excellentes, relevées à la chambre claire et dessinées à la plume, cellule à cellule, par l'auteur, avec un soin méticuleux. Ces figures illustrent chacun des faits nouveaux établis en cette étude, et en démontrent le mécanisme.

Ce travail d'un extrême détail, étudié avec patience, dessiné en perfection, fait le plus grand honneur au Dr Ch. Du Bois. Et ces qualités n'excluent point chez lui le souci des idées générales. Cette étude de la squame est le commencement d'une série qui se continue en ce moment même en mon laboratoire par l'étude de la vésicule, de la pustule et de la folliculite trichophytique.

Syphilides ulcéro-gommeuses.

Par MM. Verchère et Bernheim.

La malade, le moulage et les photographies que nous vous présentons viennent à l'appui des réflexions qui ont suivi les présentations de MM. Bizard et Gastou à la dernière séance.

Voici l'histoire de la malade :

La nommée P..., âgée de 37 ans, est entrée dans le service du Dr Verchère, le 15 octobre 1902, pour des syphilides tertiaires des membres inférieurs.

Cette malade, pâle et anémique, a une syphilis très ancienne qui remonte

au moins à 18 ans. Le chancre et la roséole ont passé inaperçus. Mais en 1884 la malade a pendant 6 semaines été soignée pour des plaques muqueuses buccales par des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium.

Puis de temps en temps apparaissaient quelques syphilides érosives, soit buccales, soit vulvaires, qui furent soignées irrégulièrement par les pilules et l'iodure.

Il y a 3 ans, en 1899, il se forme une petite gomme à quelques centimètres à droite et en dehors de l'anus. Cette gomme s'ulcère, s'étend à la fesse droite, après avoir vraisemblablement contourné l'anus et atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. La malade reprend des pilules et de l'iodure, mais l'ulcération ne guérit qu'au bout d'un an, laissant à sa suite une cicatrice blanchâtre avec quelques petits noyaux sous-cutanés, durs et douloureux. La malade continue le traitement mixte durant encore une année.

Pendant qu'évoluait cette première lésion gommeuse, P... éprouve de très grandes difficultés à aller à la selle; la constipation est opiniâtre, la défécation douloureuse, il n'y a jamais eu de selles sanglantes. Les phénomènes persistent encore, bien que légèrement diminués, quand la malade entre dans le service. Le toucher rectal montre à ce moment les parois du rectum fortement épaissies. Elles ne présentent pas de point nettement rétréci, mais paraissent seulement diminuées de calibre dans toute leur hauteur.

Les lésions actuelles ont débuté il y a neuf mois à la fesse droite, et il y a trois mois à la fesse gauche. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis neuf mois, la malade prend sans interruption 2 grammes d'iodure de potassium par jour; elle a complètement perdu l'appétit,et souffre beaucoup de l'estomac. Elle marche avec la plus grande difficulté, ne peut s'asseoir, et la nuit le sommeil est interrompu par les douleurs.

Pour bien voir les lésions, il faut mettre la malade en position gynécologique, comme le montre la photographie présentée.

A droite existe une vaste ulcération gommeuse de la face postéro-interne de la cuisse, de forme à peu près circulaire, mesurant 13 centimètres de diamètre. Les bords sont irréguliers, déchiquetés et décollés. La surface ulcérée est profondément creusée d'un nombre considérable de petites anfractuosités en entonnoir, profondes de 15 à 20 millimètres, confluentes en masse et accolées. Le fond est en certains endroits sanguinolent, en d'autres grisâtre et recouvert d'un pus sanieux qui coule en longues traînées sur la jambe.

A gauche, à la partie interne de la fesse, on voit deux ulcérations de cinq centimètres de diamètre s'étendant vers le pli fessier et la marge de l'anus. Les bords sont rouges, taillés à pic. L'ulcération est moins profonde que du côté opposé, mais elle est également recouverte d'un pus grisâtre, qui forme par endroits des croûtes suintantes. L'aspect de ces lésions est absolument repoussant. Loin de guérir, ces ulcérations continuent peu à peu leur marche excentrique.

Dès le diagnostic de syphilis posé, on commence le traitement mercuriel. On fait tous les jours, à cette malade, une injection intramusculaire de 4 centigrammes de biiodure aqueux. On supprime complètement l'iodure.

Tous les jours la malade prend un grand bain prolongé. La plaie est ensuite soigneusement détergée, et on applique des pansements humides d'abord, puis de l'emplâtre de Vigo.

La transformation est rapide, le cinquième jour la lésion n'est déjà plus reconnaissable ; l'ulcération se comble à vue d'œil, les bords de la plaie prennent une teinte nette, le fond se déterge. La sécrétion purulente est presque tarie.

A la septième injection, apparaissent sur le fond même de l'ulcération, de véritables îlots de cicatrisation, de 1 à 8 centimètres de diamètre. Ces îlots peu à peu se réunissent. Les bords de plaie se resserrent et après la seizième injection les diverses ulcérations, ayant subi le même processus, sont presque complètement comblées. La cicatrisation s'effectue parfaitement du côté gauche et la surface cutanée, bien épidermisée, est absolument lisse. Mais à droite, en même temps que le processus de cicatrisation, se fait un travail de légère rétraction. L'emplacement de la gomme est comme cartonné et gauffré.

Dès le quatrième jour la malade pouvait dormir la nuit, et se coucher sur les fesses, sans souffrir.

L'état général s'est amélioré, l'appétit s'est relevé.

Les injections quotidiennes de biiodure aqueux, à la dose de 4 centigrammes ont été parfaitement tolérées, pas de stomatite, pas de diarrhée, pas le moindre phénoméne d'intoxication. Localement, aucune réaction inflammatoire ; par suite du nombre de piqûres, on observe à la fin quelques petits nodi. Les injections ont été légèrement douloureuses pendant une ou deux heures, tout au début, mais très bien supportées dans la suite.

Signalons enfin que le produit de raclage des gommes a été injecté sous la peau d'un cobaye et a déterminé au bout de 6 jours un énorme abcès, qui a atteint le volume d'une mandarine sans que le cobaye paraisse souffrir. L'abcès s'ouvre spontanément au dixième jour, livrant passage à un pus épais, verdâtre, extrêmement fétide.

En résumé, malgré un traitement mixte irrégulièrement administré depuis 18 ans, mais suivi pendant une année tout entière, la syphilis s'est manifestée par les trois très graves lésions que nous montre le moulage. Il est très certain que des éléments autres que ceux de la syphilis sont venus s'y adjoindre pour accuser, aggraver ces lésions. La syphilis seule, surtout quand elle a été traitée, ne suffit pas à déterminer de tels dégâts. L'absence de toute propreté, l'état septique de ces larges ulcérations, telles sont très certainement les causes de ces syphilides persistantes et réfractaires au traitement spécifique.

Nous n'en voulons pour preuve que ces faits que nous connaissons tous où le seul changement d'hygiène imposé aux malades, où la balnéation répétée et prolongée, où des pansements propres avec lavages fréquents ont suffi, sans le moindre traitement spécifique, a amener un changement considérable et rapide dans l'aspect de l'ulcération.

Il semblerait qu'il y a là, suivant l'expression de Verneuil, qu'il faut conserver, une hybridité, septicité et syphilis, qui est justiciable et indépendamment l'un de l'autre des moyens thérapeutiques mis à notre disposition pour combattre l'une ou l'autre.

Par les bains, les lavages, les pansements propres et soigneux, en peu de temps on voit survenir une amélioration de la surface ulcérée, elle perd son aspect repoussant, sanieux, infecté et présente bientôt les caractères classiques de la syphilis pure. A cette époque de l'évolution pathologique, le traitement aseptique reste insuffisant, et ne peut seul amener une guérison complète. C'est le traitement spécifique intensif qui doit alors entrer en ligne et qui fera merveille en peu de temps, alors que lui aussi appliqué seul et sans action sur l'élément septique, il n'aurait donné qu'un résultat problématique et incomplet sans l'aidé de l'antisepsie locale.

Chez notre malade nous avons démontré nettement l'état infectieux de l'ulcération, puisque le liquide qu'on trouvait à sa surface injecté sous la peau d'un cobaye a suffi pour amener un gros abcès fétide — et que le traitement mixte appliqué pendant des années n'avait pu entraver la marche envahissante de l'ulcère gommeux.

Ce n'est que par l'application du traitement antiseptique local et du traitement spécifique général intensif que les modifications immédiates se sont montrées, et ont en moins d'un mois amené une cicatrisation que plus d'un an de traitement incomplet n'avait pu obtenir.

Langue scrotale chez une hérédo-syphilitique.

Par MM. Gaucher et Milian.

La jeune Marie-Louise B..., âgée de 15 ans, que nous montrons à la Société, présente, ainsi qu'il est facile de le constater au premier coup d'œil, une *langue scrotale caractéristique*.

L'organe est volumineux, emplit en largeur l'ouverture de la bouche et possède une épaisseur de 1 centimètre et demi environ; l'empreinte des dents est marquée sur ses bords; la muqueuse décrit une multitude de replis et forme des sillons profonds qui apparaissent d'autant mieux qu'on en écarte les lèvres. Le volume de cette langue a augmenté depuis quelques semaines au point de gêner la parole et la mastication ; c'est ce qui a engagé cette jeune enfant à venir consulter à l'hôpital.

En présence de cette affection congénitale, nous avons scruté avec la plus grande minutie les antécédents familiaux de notre malade; la syphilis nous paraît être la seule chose qu'on puisse invoquer ici. L'examen objectif de l'enfant a confirmé cette manière de voir.

Antécédents héréditaires. — Grand-père alcoolique avéré au moment même de la naissance de sa fille. Mort à un âge avancé.

Père mort à 32 ans, de cause inconnue. Mais, nous dit la mère, « il avait eu une sérieuse maladie de femme, ce qui n'est pas étonnant, car il était très coureur; par contre, il n'était pas du tout buveur. Il avait de belles dents. »

Mère âgée de 37 ans. A eu deux érysipèles de la face, le dernier il y a 19 ans, c'est-à-dire 4 ans avant la naissance de notre malade. Fièvre typhoïde à 23 ans. Elle n'a jamais eu d'accidents rattachables à la syphilis et ne présente aucune trace de cette affection ; elle n'a aucun élément suspect sur le corps, ses pupilles sont normales, elle n'a pas de leucoplasie et ses réflexes rotuliens sont conservés. Beaucoup de dents sont tombées, mais celles qui restent sont très belles et celles qui sont absentes l'étaient aussi.

Cette femme a eu deux enfants : la malade âgée de 15 ans et demi ; un garçon âgé de 7 ans et demi.

Ce dernier enfant est pâle et chétif. Il a les membres grêles, le nez un peu écrasé à la base, les pupilles légèrement ovalaires, la voûte palatine ogivale. Les incisives médianes du haut et du bas portent des crénelures. L'incisive médiane droit n'est pas encore complètement sortie. La plupart des molaires sont gâtées. La langue est normale. Les veines des tempes sont très développées. Les réflexes rotuliens existent.

Notre jeune malade, atteinte de langue scrotale, est, pour sa part, dépourvue de tout antécédent pathologique. Elle n'a pas eu de convulsions dans l'enfance, mais, à quatre reprises différentes, on a dû lui pratiquer l'amygdalotomie, tant ses amygdales étaient volumineuses.

Aujourd'hui, 2 décembre 1902, nous l'examinons : c'est une enfant petite pour son âge, au nez écrasé à la base ; ses pupilles sont normales, ses réflexes rotuliens sont intacts ; elle a des malformations dentaires notables : toutes les incisives sont aplaties à leur bord libre, comme mordillées à la pince ; les canines et les premières molaires présentent une atrophie cuspidienne des plus caractéristiques.

Le renseignement fourni par la mère au sujet de la maladie du père, l'absence de toute autre maladie chez celui-ci au moment de la naissance de l'enfant, l'absence d'alcoolisme ; les altérations dentaires, dont la valeur est d'autant plus grande ici que les dents des parents étaient belles et qu'on ne peut par suite invoquer, comme le fait Galippe, l'hérédité directe de ces altérations ; l'écrasement de la base du nez, la voûte palatine ogivale rendent vraisemblable l'hérédo-syphilis chez Louise B...

Par suite, et en l'absence de toute autre cause, il est légitime d'incriminer l'hérédo-syphilis comme cause de la dystrophie linguale de notre malade.

L'observation suivante où la syphilis du père est certaine renforce encore la possibilité de ce facteur étiologique de la langue scrotale.

Une jeune fille de 23 ans est atteinte de langue scrotale typique. Or, son père a eu la syphilis avant de se marier ainsi qu'il résulte des confidences faites à l'un de nous. Il y a deux autres filles plus âgées ; l'aînée, actuellement âgée de 33 ans, a du strabisme externe de l'œil droit, mais rien d'autre. La cadette ne présente aucune tare.

Cette observation mérite d'être retenue, car la syphilis du père est certaine dans ce cas et les antécédents pathologiques de tout autre ordre font défaut.

M. Thibierge. — Il ne faudrait pas conclure de ces observations que la langue scrotale relève de la syphilis. A chaque instant, à l'hôpital Broca, je vois des langues scrotales congénitales chez des femmes qui ont pris la syphilis récemment et il serait bien extraordinaire de voir tant de sujets hérédo-syphilitiques reprendre la syphilis.

L'hérédo-syphilis de la malade qui nous est présentée ne prouve donc pas que la lésion de la langue lui soit subordonnée. De plus, je connais nombre de sujets porteurs de langue scrotale dont les parents n'ont pas eu la syphilis.

M. Brocq. — J'appuie ce que vient de dire M. Thibierge ; j'observe fréquemment la langue scrotale à l'hôpital Broca chez des femmes qui ont pris récemment la syphilis. Je sais bien que, selon les théories en cours, un sujet atteint de dystrophies hérédo-syphilitiques peut prendre la syphilis, mais tout esprit non prévenu doit voir avec quelle prudence il faut s'aventurer sur des terrains aussi difficiles à explorer, où des hérédités diverses peuvent s'exercer. Je ne vois pas dans les observations qu'on nous apporte que la preuve réelle de l'influence pathogénique constante de la syphilis sur la langue scrotale soit faite d'une manière irréfutable ; mais c'est une voie nouvelle à suivre, et il faut espérer que l'analyse minutieuse de cas nombreux permettra de résoudre ce problème.

M. Alf. Fournier. — L'argumentation de MM. Thibierge et Brocq ne me gêne nullement pour admettre que la langue scrotale puisse être d'origine hérédo-syphilitique. Un hérédo-syphilitique dystrophié peut prendre la syphilis parce qu'il n'a reçu des parents que les dystrophies et non la syphilis en nature. De cela, je vois des exemples tous les jours. Quand bien même des sujets atteints de langue scrotale prendraient plus tard la syphilis, cela ne voudrait pas dire que la syphilis des parents n'est pas la cause de cette dystrophie linguale.

Quant aux altérations dentaires de cette malade, je déclare, sans vouloir entrer dans une discussion qui serait trop longue, qu'elles sont pour moi nettement et indiscutablement hérédo-syphilitiques. Je n'ai rencontré ces altérations nulle part ailleurs. L'alcoolisme et la tuberculose, qu'on incrimine si souvent, ne font jamais rien de semblable.

M. Barthélemy. — J'ai déjà eu l'occasion de voir plusieurs fois la *langue scrotale* au nombre des dystrophies pouvant relever de l'hérédité syphilitique. Je n'oserais pas affirmer qu'il n'y a pas d'autre cause, mais c'est certainement un symptôme assez fréquent pour qu'il soit signalé dans le tableau de l'hérédité spécifique ; pour ma part, quand je la rencontre, je recherche toujours l'hérédité. Dans une observation que j'ai pu suivre, il s'agit d'un homme qui s'est marié 3 ans après le chancre. Son premier enfant, le père étant encore sous l'influence du mercure, fut sans dystrophie et assez exempt pour avoir pu prendre à 20 ans la syphilis pour son compte. Le deuxième enfant est une fille qui présenta la langue scrotale parmi d'autres

signes de dystrophie. La troisième enfant, fille vierge de 20 ans, eut des lésions cutanées tertiaires nettement syphilitiques ; dans ce dernier cas, il s'agit alors de l'hérédo-syphilis vraie qui la mettra à l'abri de toute syphilis acquise, immunité que ne confère nullement l'hérédité syphilitique même si elle cause des dystrophies organiques intenses ou multiples.

M. Leredde. — Je ne veux dire qu'un mot sur une question de méthode scientifique.

Le jour où on nous présente une étude portant sur 30, 40 malades en série, pris au hasard, ayant une langue scrotale, et dont certains sont hérédo-syphilitiques, on a le droit de tirer des conclusions sur les rapports de l'hérédo-syphilis et de la langue scrotale, mais 30 observations de langue scrotale chez des hérédo-syphilitiques ne démontrent rien, parce qu'on ne peut mettre en face les cas, peu nombreux ou extraordinairement nombreux, où il n'y a pas d'hérédo-syphilis.

Cancer squirrheux de la peau avec métastases multiples et disséminées de la peau.

Par MM. Gastou et Nicoulau.

Le cas actuel correspond au type clinique décrit pour la première fois par Velpeau, dans son *Traité sur les maladies de la mamelle*, sous le nom de squirrhe pustuleux ou disséminé. C'est une des complications les plus rares du cancer de la mamelle.

Ayant eu l'occasion de pratiquer l'ablation d'un nodule secondaire récent de la peau et d'en faire l'étude histologique, nous avons cru intéressant de rapprocher l'histoire clinique de l'examen anatomo-pathologique (1).

Ph..., 55 ans, blanchisseuse, mère de deux enfants bien portants. Il n'y a pas d'hérédité néoplasique dans sa famille.

La malade, de constitution moyenne, plutôt maigre, a toujours joui d'une santé relativement bonne, sauf de vagues douleurs rhumatismales, qu'elle éprouvait de temps en temps, sans être accompagnées de tuméfactions articulaires ou de déformations osseuses. Elle n'a jamais eu de maladies de peau.

Il y a un an, la malade s'est aperçue, par hasard, de la présence dans l'épaisseur du sein gauche, d'une tumeur grosse comme une noix et complètement indolore. Jusqu'alors la mamelle et la peau du sein étaient absolument normales, et la malade ne peut incriminer aucune cause occasionnelle (comme par exemple un traumatisme) qui ait précédé le début de cette affection.

Depuis ce moment-là, la tumeur n'a fait qu'augmenter progressivement de volume. Quatre mois après le début de l'affection, la malade constate, d'abord dans l'épaisseur de la peau du sein gauche et dans le voisinage du

(1) C'est à l'obligeance de M. le Dr Emery que nous devons d'avoir pu étudier ce cas ; nous lui témoignons ici nos remerciements.

mamelon, l'apparition de quelques petites nodules indolores, de la grosseur d'une lentille, qui augmentaient par la suite. A mesure que les anciens augmentaient de volume, d'autres nodules nouveaux apparaissaient excentriquement dans tous les sens, dans la peau du sein, des régions sous et sus-mammaire, para-sternale, côté gauche du thorax, etc. Enfin dernièrement (depuis environ deux mois) la malade s'est aperçue de la présence de quelques nodules sur le sein du côté opposé et dans le dos, leur nombre s'est accru depuis. Les poussées successives des nodules étaient pour ainsi dire silencieuses, ne s'accompagnant d'aucun phénomène subjectif ou de modification dans l'aspect objectif de la peau. La malade s'en apercevait simplement parce que son attention était attirée de ce côté.

Depuis quatre mois quelques-uns des nodules plus gros commencèrent à s'ulcérer. La peau à leur niveau devenait rouge, mince et puis gerçait, donnant issue à une matière blanchâtre, molle et mélangée de sang. Sur ces entrefaites la malade se décide à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

État actuel. — Malgré l'affection néoplasique dont elle est atteinte, et dont le début remonte à un an, l'état général de la maladie est assez bon. Elle n'a pas maigri depuis, son appétit est bon, ses digestions sont normales, et l'examen des organes internes ne nous révèle aucun symptôme qui nous fasse penser à quelque métastase viscérale. Les urines ne présentent pas de modifications appréciables.

A part quelques tiraillements qu'elle éprouve dans le sein malade, et de légères douleurs au niveau des tumeurs ulcérées, la malade n'en souffre pas à proprement parler; elle continue encore l'exercice de son métier. Bref, il paraît que jusqu'à présent la néoplasie mammaire s'est comportée comme une maladie locale, sans avoir encore retenti sur la santé générale. Elle semble avoir concentré son activité expansive du côté de la peau.

En premier lieu, l'attention est attirée sur la mamelle gauche, dont le volume est augmenté par comparaison avec la droite, mais pas de beaucoup; elle paraît surtout plus ferme que celle du côté opposé, qui est tombante et flasque.

A la palpation on constate que la glande mammaire est très dure, sa lobulation normale est disparue. On a la sensation d'un corps très dur, de consistance ligneuse, qui se serait substitué à la glande et au tissu adipeux environnant.

Par sa face profonde la tumeur adhère au muscle grand pectoral, de façon qu'on ne peut pas la faire glisser sur le plan musculaire sous-jacent avec qui elle semble faire corps et dont elle suit les contractions. Néanmoins les mouvements de ce muscle n'en sont pas gênés et ils n'éveillent du côté de la tumeur que des sensations obtuses.

L'adhérence de la peau à la face superficielle de la tumeur n'est pas aussi complète, car elle permet un léger plissement. On n'observe pas l'aspect de la peau d'orange qu'on voit ordinairement dans les cas de cancers du sein. Le mamelon n'est pas rétracté, il est relativement mou et ne présente pas de tumeurs, ou de traces d'eczéma ancien.

La peau qui recouvre le sein gauche est épaissie, infiltrée, plus dure et littéralement criblée de petits nodules (rien que sur la région mammaire

gauche on en compte environ 250) dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un haricot ou d'une fève; il y en a même de plus petits dont on sent la présence plutôt qu'on ne les voit.

Ils sont disséminés irrégulièrement, séparés par un intervalle plus ou moins grand de peau saine, ou au moins d'apparence saine. En cinq ou six endroits les nodules se touchent par leurs bords et constituent des placards autour desquels sont disséminés des nodules plus petits. A la palpation ces tumeurs donnent l'impression de petits tubercules enchâssés dans l'épaisseur du derme et du tissu sous-cutané. La peau qui recouvre ces tumeurs est d'aspect normal.

Plusieurs nodules ayant éliminé leur contenu dégénéré et ramolli, ont donné lieu à de petits ulcères, à contour plus ou moins régulier, à bords nets, et entourés d'un léger bourrelet. Leur fond est recouvert de croûtes minces, rouge brunâtre; si on les enlève, on constate un fond granuleux, irrégulier, bourgeonnant, qui saigne facilement. On n'observe pas de cicatrices ou d'ulcérations à tendances cicatricielles.

Des tumeurs semblables à celles que nous venons de décrire, mais moins confluentes, existent, sur la partie antérieure de la poitrine (surtout du côté gauche), au niveau de la peau du sein droit (la glande de ce côté paraît normale), sur le côté latéral gauche du thorax, dans l'aisselle gauche, et dans la région scapulaire gauche.

Les ganglions axillaires et sus-claviers des deux côtés sont légèrement augmentés de volume, mais pas très durs.

Examen histologique. — On a enlevé un petit nodule secondaire qui se trouvait sur le devant de la poitrine. Fixation dans le sublimé acétique. Inclusion dans la paraffine. Coupes en série, colorées par les différents procédés habituels.

Sur toute l'étendue de la préparation, l'épiderme est normal. Le derme est légèrement œdématié, ses vaisseaux sont dilatés. On voit parfois dans la lumière des vaisseaux de petits amas emboliques de cellules épithéliales, qui n'ont pas de contact avec la paroi.

Le tissu conjonctif sous-cutané est envahi par une néoplasie épithéliale qui constitue dans sa totalité un petit nodule elliptique, à limites assez précises, qu'on peut distinguer même macroscopiquement. Il ne présente aucun rapport ni avec l'épiderme, ni avec les glandes sudoripares ou sébacées. A sa périphérie, le nodule néoplasique est séparé du tissu sain par des bandes de tissu conjonctif qui paraissent un peu serrées et refoulées. Au milieu de ce tissu conjonctif environnant, à un plus fort grossissement, on observe une notable infiltration de leucocytes mononucléaires du type lymphocyte et quelques polynucléaires éosinophiles. La présence de cette infiltration leucocytaire à la périphérie du nodule semble indiquer une réaction locale du tissu, vis-à-vis de l'invasion des éléments néoplasiques. Quoique beaucoup moins prononcée, cette réaction lymphocytaire est à rapprocher de l'infiltration si com-

mune, quelquefois énorme, qu'on observe dans les cas d'épithéliome cutané, à point de départ épidermique.

L'architecture générale du nodule et le mode d'agencement des cellules épithéliales présentent quelques particularités intéressantes. La masse du nodule est représentée par un stroma conjonctif, limitant des logettes ou alvéoles, remplies de cellules épithéliales, dont le groupement n'est pas toujours le même. Il est évident que l'existence de ces alvéoles est due à la présence et à la multiplication des cellules épithéliales qui refoulent mécaniquement les fibres du tissu conjonctif; leur forme et leur dimension sera donc en rapport avec le nombre et le groupement des cellules épithéliales. Il en existe de deux modalités principales. Le plus souvent, on voit de longs boyaux, plus ou moins contournés, composés de cellules disposées à la file, sur un ou plusieurs rangs parallèles, séparés par des tractus conjonctifs plus ou moins épais, composés de quelques fibres conjonctives et élastiques fines.

En d'autres endroits, le stroma dessine des cavités cylindriques, tapissées d'une ou de plusieurs couches de cellules.

Cet aspect rappelle tout à fait celui de l'épithéliome qui se développe aux dépens des organes glandulaires à épithélium cylindrique.

L'analogie est d'autant plus marquée que les cellules qui remplissent ces espaces tubulaires sont de forme cylindrique et implantées perpendiculairement à la paroi.

Les cellules qui constituent les boyaux épithéliaux sont plutôt cubiques et quelquefois polyédriques par pression réciproque. Il y a donc une certaine polymorphie des cellules. Elles sont directement implantées sur le stroma, sans l'interposition d'aucune membrane glandulaire, et sont accolées les unes aux autres sans présenter des filaments d'union intercellulaires.

Examinées à un fort grossissement, les cellules épithéliales nous montrent une active multiplication. Les figures karyokinétiques sont très fréquentes. Le protoplasma des quelques cellules est clair, semble présenter un commencement de dégénérescence colloïde. Il n'existe pas d'infiltration pigmentaire.

Les vaisseaux du stroma ne présentent pas d'altérations visibles; néanmoins, on voit çà et là des masses de globules rouges en dehors des vaisseaux, ce qui semblerait indiquer une certaine fragilité de ceux-ci.

En résumé, de la description que nous venons de faire, il résulte que notre malade est atteinte de multiples nodules cancéreux secondaires, développés dans le tissu conjonctif sous-cutané et même dans le derme, consécutifs à une tumeur semblable du sein.

Les voies suivies par les cellules métastatiques, ainsi que nous

l'avons déjà fait ressortir au cours de notre description histologique, ont été les vaisseaux et les espaces lymphatiques du tissu conjonctif.

Comme agencement de cellules, le nodule examiné correspond au type histologique décrit sous le nom de *carcinome trabéculo-alvéolaire*, variété cylindrique, et rappelle complètement l'épithélium de la glande mammaire.

L'ordination intra-lymphatique laisse, dans la plupart des points, l'endothélum intact. Il semble que les cellules épithéliomateuses cylindriques venues du sein se soit superposées simplement au revêtement endothélial sans s'y greffer.

Il y aurait dans ce fait la démonstration de la différence absolue qui existe entre le développement des tumeurs d'origine épithéliale et des tumeurs d'origine conjonctive : les tumeurs épithéliales ayant pour origine les épithéliums glandulaires et muqueux ; les tumeurs conjonctives naissant des cellules pavimenteuses conjonctives et des endothéliums.

Les premières, issues de l'endoderme, aboutissant aux épithéliums alvéolaires, au carcinome, aux cancers trabéculaires, cylindriques ; les deuxièmes, nées de l'ectoderme et du mésoderme, donnant la série des sarcomes, des épithéliomes cutanés et des tumeurs d'origine vasculaire et lymphatique.

Syphilide tuberculeuse circinée de la région péribuccale.

Par MM. BALZER et FAURE-BEAULIEU.

M..., âgée de 23 ans, brocheuse, entre à l'hôpital St-Louis, salle Alibert, pour une dermatose croûteuse de la face. La maladie actuelle a commencé il y a un an par un bouton gros comme une lentille, situé sur la commissure labiale gauche ; il était blanchâtre, indolore, ne s'accompagnait pas d'adénopathie sous-maxillaire ; puis la lésion s'est accrue en haut vers le nez et en bas vers le menton, jusqu'à constituer deux saillies semi-circulaires qui par leur réunion forment un S majuscule dont le milieu occupe la commissure labiale gauche. Depuis deux mois, la maladie, qui jusque-là s'était progressivement aggravée, reste stationnaire.

Entrée à l'hôpital le 23 septembre : La lésion est constituée par deux demi-circonférences se rejoignant à la commissure labiale gauche, saillantes, recouvertes d'une couche cornée et croûteuse, grisâtre, épaissie, et très adhérente ; en regardant de près on a l'impression que chacune de ces deux courbes, très régulières, est formée par la juxtaposition d'éléments tuberculeux, assez diffus en certains points. Dans l'aire cutanée inscrite dans chacune de ces courbes, ainsi qu'en dehors, la peau a ses caractères normaux. Aucun phénomène subjectif. Pas de ganglions.

L'interrogatoire de la malade ne révèle aucun accident syphilitique primitif ou secondaire : pas de boutons vulvaires, pas de roséole, pas de lésions dans la bouche, pas de chute des cheveux. Elle a eu un enfaut âgé

maintenant de 3 ans, puis une fausse couche de 2 mois et 1/2 ; c'est trois mois environ après cette fausse couche qu'a débuté l'accident actuel. Aujourd'hui, la malade est enceinte de quatre mois.

La malade, qui n'avait suivi auparavant aucun traitement spécifique, est mise à l'iodure de potassium (4 grammes) et aux pilules de Dupuytren ; la lésion est recouverte d'emplâtre hydrargyrique simple.

Après trois semaines de séjour, la malade quitte l'hôpital très améliorée ; les squames cornées ont diminué d'épaisseur et la lésion est beaucoup moins saillante. Elle devra se soigner encore pendant quelque temps pour obtenir une guérison complète.

Malgré l'obscurité des antécédents, le diagnostic ne pouvait dans ce cas présenter aucune difficulté. Il s'agissait manifestement d'une syphilide tuberculeuse circinée. Nous relèverons seulement à propos de ce fait la fréquence relative de ces syphilis ignorées, qui ne sont révélées aux malades qu'à l'occasion des accidents tertiaires.

La configuration spéciale et l'apparence caractéristique de cette lésion nous ont engagé à demander à M. Baretta d'en joindre le moulage aux collections du musée.

Lichen plan lingual.

Par MM. Balzer et Faure-Beaulieu.

Mme R..., âgée de 58 ans, sans profession, se présente à la consultation de l'hôpital St-Louis pour une affection de la muqueuse buccale qui depuis quelque temps lui cause une gêne assez forte.

Les *antécédents héréditaires* sont négatifs. Pas de maladie antérieure ; elle a eu six enfants.

La nervosité est assez accentuée : elle est très émotive, se met facilement en colère. Pas de crises de nerfs. Pas d'hystérie. Constipation chronique. Pas d'éthylisme. Pas de syphilis.

Histoire de la maladie. — Début de l'affection actuelle il y a quatre mois, en juin 1902, sans cause occasionnelle apparente, ni surmenage physique, ni choc moral. Apparition simultanée de taches blanches sur la langue et de petits boutons prurigineux au-devant de la poitrine, dans le dos, et au cuir chevelu.

Depuis le début la maladie n'est pas restée stationnaire. En effet, tandis que les taches de la muqueuse buccale, qui au début n'occupaient que les bords de la langue, en ont peu à peu envahi la face dorsale, ainsi que la face interne de la joue droite, il y a eu rétrocession marquée des papules cutanées : au début, elles occupaient presque toute la région thoracique antérieure et presque tout le dos, et maintenant on n'en voit plus qu'en deux régions bien limitées devant le sternum et sur l'omoplate droite.

Par contre, l'aspect objectif des éléments n'a pas varié, au dire de la malade, non plus que les sensations subjectives de prurit cutané et de cuisson dans la bouche.

État actuel (25 septembre 1902). — Les lésions n'occupent que deux îlots cutanés. Le premier de ces îlots constitue une bande horizontale mesurant 10 centimètres de droite à gauche et 3 centimètres de haut en bas, au-devant du sternum et des premiers espaces intercostaux ; le bord supérieur longe à un centimètre de distance les clavicules; les deux tiers environ de la lésion sont à gauche de la ligne médiane.

Sur le dos, la lésion occupe une région irrégulièrement arrondie, de la dimension d'une pièce de cinq francs sur l'angle supéro-interne de l'omoplate droite ; mais sur le reste de la région dorsale (région interscapulaire surtout) on perçoit (plutôt au toucher qu'à la vue) des vestiges des papules qui au début occupaient tout le dos.

Le reste des téguments est absolument intact; on n'y voit notamment aucune papule de lichen plan typique.

L'éruption est formée de petits cônes acuminés, ayant les dimensions de grosses têtes d'épingle, de coloration brunâtre à leur pourtour, tandis que le centre, saillant, est blanchâtre et occupé par une petite squame cornée peu adhérente, de moins de 1 millimètre de diamètre. Ces éléments sont agminés, très serrés par endroits les uns contre les autres, mais jamais confluents; sur les bords, ils sont plus isolés. La peau qui les sépare est saine, seulement un peu rouge. Les papules ont une consistance ferme au toucher; la pulpe du doigt, promenée à leur surface, éprouve la sensation d'une râpe. Tous les éléments sont exactement semblables entre eux, ont les mêmes dimensions et le même aspect.

Démangeaisons très intenses, mais intermittentes. C'est le soir surtout et dans la première partie de la nuit que le prurit est le plus fort, au point d'empêcher le sommeil. Dans la journée, la malade peut rester plusieurs heures de suite sans rien ressentir.

Cuir chevelu. — Dans la région occipitale, on voit une plaque arrondie ou plutôt irrégulièrement triangulaire, de 3 centimètres de diamètre environ et dont le bord inférieur est distant de 4 centimètres de la lisière inférieure du cuir chevelu ; elle est à peu près médiane, empiétant légèrement à gauche. Le cuir chevelu, à cet endroit, est d'un rouge grisâtre, augmenté d'épaisseur, impossible à plisser, comme infiltré et encore mobile sur le plan osseux. Les bords de la plaque sont saillants. A son niveau, les cheveux sont plus rares et plus grêles que dans les endroits sains, et chacun d'eux est entouré à son émergence par une petite collerette d'épiderme desquamant.

Sur la nuque, à droite, tout contre la lisière du cuir chevelu et sur le pourtour de l'insertion du pavillon auriculaire gauche, on voit de petits éléments papuleux ressemblant à ceux de la poitrine et du dos ; ils sont encore discrets dans la première de ces deux régions, mais dans la région péri-auriculaire gauche ils deviennent confluents et forment de petites plaques rosées, avec poils plus rares, semblables, aux dimensions près, à la plaque occipitale déjà décrite.

Rien dans le reste du cuir chevelu.

Muqueuse buccale. — Langue. — Sur le dos de la langue se voient deux traînées d'un blanc bleuâtre, d'aspect terne et mat, ayant un centimètre environ de diamètre, de contours irréguliers, mais assez nettement limités.

A leur niveau, la muqueuse paraît dépapillée ; au toucher, elles ne donnent pas de sensation spéciale, la muqueuse est souple et humide. Sur les bords, petites plaques plus nombreuses et de dimensions moindres, d'aspect analogue, sauf qu'on y voit quelques stries blanchâtres parallèles.

Rien sur la joue droite. La joue gauche, dans la région correspondante aux molaires, est sillonnée de petites lignes grisâtres, ayant à peine un millimètre de largeur, non saillantes, sinueuses, interrompues par places, renflées en d'autres, de façon à former de petites ponctuations, et se coupant sous des angles variés.

Lèvres. — La lèvre inférieure, dans la partie libre de sa muqueuse, est grisâtre, blanchâtre.

La malade éprouve, dans la bouche et sur la langue, des sensations de démangeaison et de cuisson fort pénibles. Certains aliments cuisent particulièrement la bouche : le vin pur, les fruits, les crudités en général.

C'est surtout la lésion bucco-linguale qui a appelé notre attention et sur notre demande M. Baretta en a exécuté le moulage pour le Musée de l'hôpital Saint-Louis. A la bouche les éléments présentaient deux aspects bien distincts : stries blanches caractéristiques sur les joues, et sur la langue, plaques plus larges, d'un blanc mat, ressemblant assez à celles de la leucoplasie, mais d'apparence moins nacrée, avec papilles aplaties.

Il faut noter aussi la coïncidence de ce lichen plan bucco-lingual avec un *lichen ruber acuminé* développé sur la peau ; le type d'éruption se présentait avec le même aspect dans les diverses localisations cutanées, sauf dans un placard du cuir chevelu. Là, les éléments plus confluents offraient un aspect se rapprochant davantage du lichen plan. En certains points, la localisation des éléments acuminés était nettement péripilaire. Toute cette éruption cutanée s'accompagnait d'une démangeaison vive, capable de provoquer l'insomnie.

En somme, il s'agit nettement dans ce cas d'un lichen ruber, présentant deux variétés élémentaires, lichen plan aux muqueuses, lichen acuminé sur la peau. Développée chez une femme névropathe, affaiblie par six grossesses, la maladie paraît avoir débuté d'une manière assez aiguë sur le tronc ; puis les premières éruptions assez diffuses ont rétrocédé, et les groupes de lichen se sont fixés sur quelques points de la peau du tronc et du cuir chevelu, mais en conservant à peu près partout le type acuminé.

La malade a été soumise au traitement arsenical qu'elle continue encore au moment où nous publions cette observation.

M. Darier. — La pièce qui nous est présentée est très belle et répond à la variété en nappe du lichen de la langue. Il y a, en effet, trois variétés de lichen lingual : la variété en nappe, la variété en nappe avec papules, la variété en réseau de dentelles.

M. Fournier. — Cette pièce nous montre l'intérêt qu'il y a à distinguer

le lichen des leucoplasies. Pour moi les leucoplasies guéries par le traitement spécifique sont bien problématiques et sont sans doute des lichens de ce genre.

M. Balzer. — Je suis de l'avis de M. Fournier. Je crois peu à la guérison de la leucoplasie par le traitement mercuriel. Par contre, le traitement chirurgical donne parfois des résultats excellents.

M. Barthélemy. — Je prie le professeur Fournier de me permettre de dire que je trouve son assertion trop absolue, quand il dit que la leucoplasie vraie de la langue, ou de la joue ou des lèvres, est absolument incurable. Au Congrès de 1900, j'ai relaté plusieurs guérisons obtenues parmi les 83 cas que j'ai observés avec plusieurs de mes confrères et un certain nombre avec notre éminent maître le Dr Besnier. Mais j'ai même observé un cas de guérison de leucoplasie linguale sur un malade que M. Fournier connaît bien. La lésion a débuté 6 ans après le chancre; elle se présentait sous l'aspect de plaques épaissies et scléreuses, nacrées, d'où partaient de fins linéaments blancs enserrant la langue dans une sorte de filet à mailles serrées. La lésion fut exclusivement combattue par des piqûres d'huile grise; elle eut une durée de quatre années. Puis la guérison survint et elle se maintient depuis 2 ans. Or la langue a repris son état normal d'une manière si complète qu'il serait impossible — j'ai vu le malade il y a un mois encore — de faire un diagnostic rétrospectif. Chez un autre malade dont la syphilis remonte à près de 30 ans, la leucoplasie occupait la région dorsale et la pointe de la langue, la face postérieure de la lèvre inférieure et les commissures. Voilà 3 ans que le malade, qui m'a été adressé par M. Besnier, est en traitement; or il est presque guéri. Il y avait 14 ans que la maladie durait sans avoir jamais cessé, mais avec des poussées parfois très aiguës. Il y avait 12 ans que le malade n'avait pu manger de salade et 3 ans qu'il ne pouvait plus mâcher de pain; il souffrait même en parlant. Dès les premières piqûres d'huile grise, il put mâcher du pain, et voilà plus d'une année qu'il mange de tout, même de la salade. La lèvre inférieure et la langue sont complètement guéries; les commissures sont encore blanches dans une lame très mince triangulaire; à gauche, il n'y a même plus qu'une simple opalescence, mais le malade ne souffre plus du tout; il ne prend plus grand soin local et oublie constamment son savonnage des muqueuses commissurales. Il n'a jamais fumé ni pris de vin pur ni d'alcool. Il avait une syphilis bénigne qu'il n'avait, par conséquent, traitée que d'une manière très insuffisante. Il n'avait pas d'autre lésion spécifique. De ces faits et de plusieurs autres, je crois pouvoir conclure que la leucoplasie buccale peut guérir dans des cas plus fréquents que le tabes; cela dépend de la période où le traitement intensif peut intervenir, tout comme dans le tabes par exemple.

Parapsoriasis ou parasyphilide séborrhéique.

Par MM. Gastou et Nicoulau.

Il nous a paru intéressant de présenter ce cas qui de par sa complexité clinique, de par ses facteurs étiologiques et enfin de par les

lésions constatées ne rentre dans aucun des cadres d'espèces dermatologiques définies.

Nous insisterons également sur la localisation péricapillaire des infiltrats cellulaires et sur la nature de ceux-ci. Il semble en effet que de véritables gaines lymphatiques péricapillaires aient été la localisation des groupements cellulaires qui par leur nature et leur forme rappellent la structure du corpuscule adénoïdien ou splénique.

Cette remarque nous paraît importante à signaler comme contribution à l'étude du rôle du système lymphatique cutané dans la pathogénie des dermatoses.

Voici l'observation clinique du malade :

Observation. — R..., 69 ans. Il y a deux ans, infection syphilitique, suivie dans le délai habituel de roséole, qui a cédé rapidement au traitement mercuriel par les pilules de proto-iodure. Depuis un an, il a vu se développer peu à peu, en différents endroits du corps, une éruption en placards, accompagnée au début d'un léger prurit.

L'éruption a commencé *à la partie postérieure de l'avant-bras gauche*, puis en l'espace de quelques semaines d'autres placards ont apparu sur l'avant-bras du côté opposé, sur la région sternale, autour du nombril, au genou gauche, etc. Croyant qu'il s'agissait d'une éruption en rapport avec sa syphilis antérieure, il est allé consulter son médecin qui lui prescrivit le mercure (pilules de proto-iodure). Malgré ce traitement, qu'il a suivi assez régulièrement, son éruption ne s'est pas arrêtée de progresser.

Actuellement le malade présente plusieurs placards qui, d'après les régions, offrent quelques légères différences en ce qui concerne leur dimension, leur teinte et leur aspect général. Mais, examinés avec attention, on voit qu'ils sont constitués par les mêmes lésions élémentaires. Nous le décrirons séparément en insistant sur leurs particularités.

A la partie postérieure de chaque avant-bras, il existe un large placard, à limites assez précises, qui commence immédiatement au-dessous du coude, pour s'étendre en bas jusqu'au tiers inférieur de. l'avant-bras. Dans leur ensemble, ces placards ont une forme allongée, irrégulièrement ovale, elliptique et comme orientation une direction oblique suivant la direction de l'os cubital.

Leur couleur est d'un rouge bistre ou foncé, recouvert de très fines squames blanchâtres, sèches, pityriasiques, se reproduisant incessamment. Les placards sont légèrement infiltrés ; cependant il nous semble que l'infiltration est plus marquée que dans les cas de psoriasis habituel. Si on observe avec attention la surface des placards, on voit que sur ce fond d'infiltration diffuse, il se détache de petites papules de la dimension d'une tête d'épingle ou d'une lentille, recouvertes de squamules. Par le grattage à fond, on arrive à les faire saigner, mais on n'obtient pas le piqueté composé de gouttelettes isolées comme dans le psoriasis vrai.

Sur toute l'étendue du placard le quadrillage normal de la peau est plus accentué, ce qui lui donne un aspect vaguement lichénifié. Tout

autour du placard que nous venons de décrire et surtout vers son extrémité inférieure, il existe des petits éléments arrondis, séparés par des intervalles plus ou moins grands de peau saine, sans tendance à la disposition circinée, nettement circonscrits, de la grosseur d'une tête d'aiguille ou d'une lentille, d'aspect pseudo-papuleux, légèrement infiltrés; leur couleur est d'un rouge plus vif que celui du grand placard. Chacune de ces petites papules est surmontée d'une fine squamule sèche, pityriasique. Par le grattage on les fait difficilement saigner. On dirait de petites papules de psoriasis avorté.

Au *niveau de la région sternale*, il existe un large placard quadrilatère de 12 centimètres de hauteur sur 14 de largeur. Il présente les mêmes caractères que ceux des avant-bras, seulement il paraît moins infiltré, de couleur rouge plus clair, et sa surface est plus uniforme. Les squames présentent les mêmes caractères.

Dans le voisinage de son bord inférieur ainsi que sur la peau de la région épigastrique, et de l'abdomen jusqu'au niveau de l'ombilic, on observe un grand nombre d'éléments isolés, distribués irrégulièrement, pseudo-papuleux, recouverts d'une fine squamule, qui sont tout à fait semblables aux éléments que nous avons déjà signalés autour des placards qui occupent les avant-bras. Nous ne reviendrons pas sur leur description.

Au niveau de l'ombilic, du flanc droit et du genou droit, il existe 1 ou 2 placards, larges comme une pièce de 5 francs, qui présentent le même aspect que celui des placards déjà décrits. Dans le dos, au niveau de la région lombaire, il existe 2 petits placards de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

La tête, la figure, les paumes des mains et les plantes des pieds, les ongles et le reste du corps sont indemnes. Il n'y a aucune lésion des muqueuses.

L'état général du malade est excellent. Les démangeaisons sont insignifiantes. Les urines normales.

Cliniquement l'aspect des lésions suivant le point où on les étudie est des plus polymorphes :

1° Nettement séborrhéique au sternum;

2° Papulo-prurigineuses, lichénifiées au niveau de la face externe du bras ;

3° Psoriasiques sur les autres parties du corps.

Mais le fait essentiel, propre à tous ces éléments éruptifs, est leur sécheresse.

Quel diagnostic faire en pareil cas? La syphilis ne paraissant pas être en cause, s'agissait-il d'une lichénification primitive ou d'une séborrhée psoriasiforme? Ou bien, en tenant compte de l'aspect lichénoïde et squameux, pouvions-nous supposer que nous avions devant nous un des faits de passage entre le psoriasis et la lichénification décrits par M. Brocq sous le nom de parapsoriasis ?

C'est pour répondre à ces questions que deux biopsies furent faites : une au sternum, l'autre à la face externe de l'un des bras

Examen histologique. — *Fragment de l'avant-bras droit.* — A un faible grossissement les digitations épidermiques sont par places hypertrophiées, et présentent des dentelures séparant les papilles. On ne note ni abcès, ni modifications dans l'ensemble des différentes couches ; le stratum granulosum en certains points seulement est épaissi.

La couche papillaire est le siège d'altérations qui sont toutes semblables à elles-mêmes en tous les points.

1° On note sous la membrane basale de nombreuses dilatations vasculaires, sanguines et lymphatiques, le tissu fondamental compris entre ces dilatations est d'aspect terne, peu coloré, émietté. Au milieu de ce tissu existent des cellules ramifiées dont quelques-unes poussent des prolongements qui semblent se continuer dans le corps muqueux de l'épiderme ;

2° Au-dessous de cette couche, se montrent une série de capillaires qui tous sont entourés d'une infiltration nettement limitée ou fusant à distance ;

3° Les cellules qui constituent les petits foyers d'infiltration ne sont pas des lymphocytes ; là où ceux-ci existent, c'est plutôt en dehors des foyers qui sont formés :

a) De cellules à gros noyaux et à protoplasma clair ; *b*) de cellules à gros noyaux et à protoplasma à réaction acide, sans granulations ; *c*) de cellules à noyaux allongés, incurvés et à protoplasma difficilement visible ; *d*) enfin de cellules à noyaux clairs du type de revêtement conjonctif.

Ces foyers sont toujours isolés, ne se réunissent en aucun point. Il n'y a pas à proprement parler d'infiltration leucocytaire mono ou polynucléaire.

Examen du fragment sternal.—Ici l'épiderme est très aminci et par places quelques cellules ont tendance à la transformation vacuolaire mais partielle, sans aller jusqu'à la production de vésicules. Il n'y a ni acanthose, ni hyperkératose.

La couche-limite papillaire située sous la membrane basale est formée d'une série de dilatations donnant l'impression de vésicules ou bien d'un réseau dont les mailles seraient circulaires. En étudiant attentivement les mailles de ce réseau, on les voit entourer les capillaires sanguins auxquels elles forment de véritables manchons.

Dans ces dilatations existent de nombreuses cellules de deux ordres :

1° Des cellules petites, à noyau occupant presque toute la cellule (type lymphocyte) ;

2° Des cellules volumineuses, colorées, à gros noyau surcoloré.

Dans le reste de la région papillaire se voient les mêmes dilatations, des cellules analogues, mais ici mêlées à des cellules conjonctives.

Dans les coupes de fragments d'avant-bras et de sternum, les glandes sudoripares ont leur endothélium tuméfié, leur lumière rétrécie, mais il n'y a pas infiltration autour. Partout le tissu élastique est épaissi.

En résumé : Ni l'étude clinique, ni l'analyse histologique ne peuvent conduire à une conclusion ferme dans le sens de syphilide, séborrhée, psoriasis ou lichen ; ce serait en fin de compte une association de syphilis et de séborrhée, ou bien la lésion rentrerait dans le groupe des parapsoriasis de M. Brocq, qui comprendrait lui-même plusieurs espèces.

Sycosis non parasitaire traité par la méthode des scarifications combinées à l'application de topiques antiseptiques humides.

Par M. Louis Dumont.

Voici une nouvelle observation à l'appui de ma thèse (voir *Bulletin*, 1896, p. 552, et 1901, p. 441).

R..., cultivateur, âgé de 36 ans, grand, brun, légèrement sanguin. Bonne santé habituelle, antécédents héréditaires nuls. Ne porte pas la barbe.

Atteint, depuis le commencement du mois d'août 1902, d'une éruption sycosique de la région sus-hyoïdienne. La zone envahie, de forme carrée, a cinq centimètres de côté. Elle se compose d'un fond rouge desquamant par points (squames fines, blanches) et d'une douzaine de nodules, d'une dimension variant de celles d'un petit pois à celles d'une cerise. Ces nodules, engainant un ou plusieurs poils, sont acuminés, avec vésico-pustules à leur extrémité, un peu plus rouges que le fond, de consistance dure, lardacée et très douloureux à la pression.

L'examen microscopique des squames et des poils ne décèle pas la présence du *trichophyton*.

R..., homme intelligent, connaît les bons résultats de la méthode et en accepte immédiatement l'application.

La première séance de scarification a lieu le 17 août.

La seconde, le 20 août.

La troisième, le 24 août.

Et la quatrième *et dernière* le 27 août.

Aussitôt après chaque séance de scarifications, la région est soigneusement épongée au moyen de tampons de coton hydrophile imbibés de solution phéniquée (à 2 p. 100), puis recouverte d'un cataplasme de fécule, fait avec la même solution, et remplacé deux fois par jour.

Dix jours après le début du traitement, le 27 août, il ne reste, pour ainsi dire, plus de nodules ; le traitement cesse, et quatre jours après (*quatorze jours* après la première séance, par conséquent) on voit, à la place de la zone malade, une peau un peu amincie, simplement rosée. Quelques jours après, cette peau a repris son aspect normal.

Ainsi donc, voilà une plaque de sycosis guérie en *dix jours* de traitement, avec *quatre* séances de scarifications *seulement*.

Je doute fort qu'on puisse citer un semblable exemple de guérison aussi rapide par toute autre méthode.

Pour compléter cette observation, je tiens à préciser quelques détails du traitement. Souvent telle méthode, excellente entre les mains d'un praticien, ne donne aucun résultat entre celles d'un autre, par suite de l'inobservation d'un petit point de technique.

1° Il importe de rapprocher les séances de scarifications le plus possible de manière :

a) à maintenir dans la plus large mesure la décongestion locale résultant de la déplétion sanguine;

b) à entraver au maximum la vitalité des germes pathogènes.

Ma pratique à cet égard est la suivante : je recommande au patient de revenir dès que les croûtelles sanguines produites par les scarifications ont disparu ; chez mon dernier malade, l'intervalle maximum entre deux séances a été de quatre jours.

Bien souvent, à mon avis, les scarifications ne donnent pas tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, parce que les séances sont trop espacées. Elles demeurent alors impuissantes à enrayer le processus morbide qui reprend entre deux séances.

2° Il est essentiel de faire des scarifications profondes intéressant toute l'épaisseur du derme infiltré et de les faire très rapprochées (à un millimètre environ) et quadrillées.

3° Il faut éponger soigneusement la zone ensanglantée, de façon à la déterger exactement et à entraîner le plus de toxines et de germes possible.

Et 4° il est indispensable — c'est là le point personnel de la méthode — de maintenir un pansement antiseptique humide, ou, qui mieux est, un cataplasme de fécule préparé avec une solution antiseptique, pendant les intervalles qui séparent les séances.

Ce dernier topique, à la fois antiseptique et émollient, imbibe à merveille les tissus ouverts par les plaies linéaires des scarifications et facilite étonnamment la pénétration du principe bactéricide.

En suivant ponctuellement les détails de cette technique très simple, la guérison du sycosis est une question de jours, de semaines au plus, au lieu d'être une affaire de mois et même d'années, comme autrefois.

La technique de la photothérapie à Copenhague. L'appareil de Finsen-Reyn.

Par M. Leredde.

J'ai eu cette année, à Paris et à Copenhague, l'honneur de causer de photothérapie avec M. Finsen. On comprend quel intérêt j'ai pu trouver à m'entretenir directement avec l'illustre inventeur de la méthode et combien j'ai pu apprendre. Tout le monde connaît ici l'autorité de M. Finsen ; pour moi qui ai lu ses travaux, qui les ai utilisés, je dois dire que ce qui m'a frappé avant tout, c'est la haute conscience scientifique avec laquelle ils sont écrits ; dans l'œuvre de Finsen, il n'y aura peut-être dans l'avenir rien à reprendre, très peu de faits en tout cas sur lesquels il n'ait eu raison, et cela est rare en médecine....

Ce qui importe surtout à déclarer à l'heure présente, c'est la nécessité absolue, impérieuse de suivre sur tous les points les indi-

cations de technique données par Finsen. Seuls ceux qui ont visité le Lysinstitut peuvent se rendre compte des précautions minutieuses qui sont prises, de la surveillance qui préside à l'application du traitement. Ce sont les conditions *nécessaires* des admirables résultats qu'on obtient à Copenhague et que j'ai pu constater.

Parmi les questions fondamentales de la photothérapie il n'en est pas de plus importante que l'instrumentation. C'est pour l'étudier que, sur le conseil de M. Finsen, je me suis rendu en Danemark.

On se rappelle combien on a reproché, à l'origine, à la nouvelle méthode la complication et la cherté des appareils, les dépenses de personnel et d'électricité qu'ils exigent. Il semblait évident que si les anciennes méthodes curatives employées en France et à l'étranger pouvaient donner des résultats comparables, elles devaient être employées de préférence à la méthode de Finsen, dispendieuse pour le médecin et le malade.

Cependant on ne tarda pas à être fixé sur la valeur considérable de la photothérapie ; je ne parle ni des résultats esthétiques, ni de l'absence de douleur provoquée par les applications, mais seulement de la question guérison du lupus. La supériorité de la photothérapie ressortait simplement de ce fait qu'elle permettait et permet de guérir définitivement dans un grand nombre de cas des lupiques rebelles à toutes les méthodes anciennes, même appliquées de la manière la plus satisfaisante. Et ces lupus sont d'une fréquence extrême.

Ceci admis, il était naturel de chercher à modifier la technique et à la rendre plus simple, à diminuer les dépenses nécessaires à l'achat des appareils et la consommation d'électricité. De là les appareils qui comme celui de Lortet et Genoud ne concentrent pas les rayons lumineux, mais permettent de placer le foyer lumineux auprès du point à traiter. De là aussi les appareils comme celui de Bang et de Broca et Chatin ; les réactions de la peau, l'action bactéricide étant dues aux rayons chimiques, on chercha à produire ceux-ci en très grande abondance, et on fut conduit à se servir d'électrodes donnant une lumière presque froide, produisant pour une intensité électrique faible une quantité énorme de rayons ultra-violets.

L'observation des effets produits par ces appareils est tout à fait satisfaisante. Avec l'appareil de Lortet et Genoud, par exemple, on produit sur la peau en quinze minutes une phlyctène aussi nette ou plus nette qu'en une heure avec l'ancien appareil de Finsen.

*
* *

L'erreur est facile et quotidienne en médecine, et si on peut en donner un exemple, c'est bien celui-ci : nous avions cru que les réac-

tions photogéniques superficielles, macroscopiques, permettaient de juger les réactions photogéniques profondes. Or M. Finsen m'a dit avoir établi que les rayons chimiques n'ont pas tous une puissance de pénétration égale dans les tissus: les rayons bleus, violets ont le pouvoir pénétrant le plus marqué et non les rayons ultra-violets *et l'intensité des réactions de surface ne permet pas de juger des réactions profondes*, comme nous l'avons tous cru, comme tout le monde le croit encore aujourd'hui.

Voici comment la différence de pouvoir pénétrant entre les divers appareils a été établie au Lysinstitut.

Finsen et Tansen disposent devant chacun des appareils employés en photothérapie des oreilles de lapin superposées, en nombre variable, et, de l'autre côté des oreilles, un papier sensible.

Alors qu'avec l'appareil de Finsen et celui de Lortet et Genoud il faut une seconde pour traverser une oreille de lapin, il faut au moins une minute avec l'appareil de Bang!

Si l'on dispose deux oreilles de lapin l'une sur l'autre, on peut au moyen de l'appareil de Finsen impressionner le papier sensible en 5 à 6 secondes, avec l'appareil de Lortet et Genoud en 20 à 25 secondes seulement (l'appareil de Bang exige 5 minutes).

Pour traverser trois oreilles de lapin, il faut 20 à 23 secondes avec l'appareil Finsen, 4 à 5 minutes avec le Lortet et Genoud.

Enfin il est impossible avec ce dernier appareil de traverser quatre oreilles, que l'on traverse en 2 à 2 minutes et demie avec le Finsen.

Les conséquences sont extrêmement importantes; il résulte de ces expériences qu'il faut en photothérapie se servir de foyers concentrant sur un point limité une grande quantité de rayons violets (donc une grande intensité lumineuse). Si la technique de la photothérapie peut être perfectionnée, elle ne doit pas l'être, d'après Finsen, dans la voie suivie jusqu'ici.

Il était, je crois, impossible aux médecins qui s'occupent de photothérapie de constater avant une longue période d'études que les appareils nouveaux ne donnent pas d'aussi bons résultats dans le traitement du lupus que l'appareil de Finsen. La statistique que j'ai publiée avec mon assistant M. Pautrier, en avril dernier, prouve que les résultats thérapeutiques fournis par l'appareil de Lortet et Genoud peuvent être bons, cependant nous n'avons pas soigné en général de cas aussi épouvantables qu'on en voit à Copenhague et, d'autre part, tous nos résultats n'étaient pas définitifs. M. Pautrier et moi avions seulement constaté peu à peu la nécessité de prolonger les séanees et de les faire d'une heure de durée au lieu de 15 à 20 minutes comme nous les

avions faites d'abord, et nous l'avons déjà dit en avril (1). *D'après les recherches de Finsen, il faut donc revenir aux appareils concentrateurs de lumière et abandonner les appareils nouveaux.*

MM. Finsen et Reyn ont construit un nouvel appareil concentrateur que je présente à la Société de dermatologie et qui permet de soigner un seul malade à la fois. J'emprunte la description au Dr Reyn. « Cet appareil consiste en un pied portant sur une traverse la lampe et l'appareil de concentration. La lampe se règle d'elle-même, elle a une force de 20 ampères et 55 volts et nécessite l'établissement d'un courant direct et continu de 100 volts. On peut la faire avancer ou reculer sur une coulisse, ainsi que tourner autour d'un axe vertical sur lequel on peut la fixer par une vis.

« L'appareil de concentration est en principe le même que celui des grands appareils de Finsen.

« Il se compose de deux lentilles en cristal de roche ; l'espace entre elles est rempli d'eau distillée pour éviter la brisure de la lentille la plus rapprochée de la lumière. Pour conserver l'eau distillée froide il y a un manchon de métal extérieur dans lequel circule un courant constant d'eau froide qui peut être pris sur une conduite d'eau ordinaire, à condition qu'on ait ajusté un robinet pour en régler la consommation. A la suite de cette couche d'eau vient une lentille de Fresnel et, tout à fait au-dessous de l'appareil, encore deux lentilles entre lesquelles se trouve un espace qui doit aussi être rempli d'eau distillée pour l'absorption des rayons de chaleur. »

Les premières recherches que j'ai faites dans mon établissement m'ont montré qu'avec cet appareil, les réactions photogéniques apparentes se produisent de même qu'avec l'appareil primitif de Finsen.

Carcinose aiguë sycosiforme du cuir chevelu.

Par M. Ch. Audry.

D'une manière générale, les tumeurs épithéliales du cuir chevelu sont rares ; celles qu'on y observe affectent souvent des dispositions singulières. L'épithéliome vulgaire y est exceptionnel ; les variétés à évolution lente, ulcus rodens, etc., ne s'y développent que très rarement d'une manière primitive ; il est plus fréquent de voir le cuir chevelu entamé par les bords au cours de l'évolution de certains

(1) Leredde et Pautrier. Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. Les indications et les contre-indications de la photothérapie. *Bull. de la Société de Dermatologie*, avril 1902.

ulcus ou de certains épithéliomas plans ophryogènes développés initialement sur le front ou dans la région temporale.

Je crois donc qu'on peut considérer comme très intéressante l'observation suivante :

Fabiane X..., âgée de 62 ans, domestique, est née dans l'Ariège, mais elle habite Toulouse depuis de longues années. Elle est mariée, a eu 5 enfants dont 3 subsistent. Aucune maladie antérieure ; très bonne santé.

L'affection actuelle a débuté 8 mois avant qu'elle se présentât à la clinique, c'est-à-dire en novembre 1901, car elle est entrée à l'hôpital le 17 juillet 1902. A ce moment, en se peignant, elle remarqua derrière l'oreille droite, une petite tuméfaction lisse, douloureuse, un peu humide.

La malade vit quelque temps après un médecin qui diagnostiqua un eczéma. Peu de temps après cette première constatation, la malade s'aperçut de l'existence de petites bosselures disséminées à la surface de la tuméfaction initiale ; ces bosselures s'ulcérèrent, laissant de petits cratères qui se réunirent peu à peu.

En février des bosselures semblables apparurent dans la zone pariétale ; elles étaient douloureuses, non ulcérées d'abord ; mais elles laissaient suinter une sérosité qui se concrétait dans les cheveux ; ceux-ci tombaient au niveau de ces petites tumeurs. Cependant, progressivement, ces nodules se multipliaient, s'étendaient, les cheveux tombaient. Les phénomènes douloureux s'accroissaient. Enfin en juin, le front, la région préauriculaire, la région cervicale gauche et sus-claviculaire furent rapidement envahis par des élevures sèches, dures, blanches, peu saillantes, plus ou moins serrées.

Lors de l'entrée de la malade à la clinique, le 17 juillet, on constatait de vastes et singulières lésions.

Tout d'abord, il existe une alopécie presque complète de la région temporo-mastoïdo-pariétale gauche. Quelques rares cheveux grêles y sont disséminés. Ils sont implantés sur une surface mamelonnée, irrégulière qu'on peut comparer exactement à une carte géographique en relief d'un pays très montagneux. En général, les saillies sont d'un rouge bleuâtre. Les cheveux arrachés laissent voir un bulbe atrophié, ou œdémateux ; quelquefois, une très fine gouttelette de pus suit la racine.

Il existe une première ulcération croûteuse, à bords surélevés, durs, non décollés, de forme irrégulière, à peu près grande comme une pièce de 5 francs, à fond jaunâtre, un peu bourgeonnant.

Dans le sillon rétro-auriculaire, sorte de rhagade profonde et dure. Toute l'oreille est rouge, œdémateuse, de consistance ferme. Sur les limites de cette vaste lésion, dans la bordure de cheveux qui l'avoisine, nombreux petits cratères circulaires, pleins de pus concret.

Tout cela est le foyer de douleurs spontanées très vives.

Toute la peau de la moitié gauche du front, de la région temporale, de la région préauriculaire présente une consistance extrêmement dure.

Il n'y a point de rougeur, mais une sorte d'infiltration blanche ou bleuâtre, tendue, inégale. La peau est fixée sur les plans profonds.

En avant de l'oreille, cette bande d'infiltration est recouverte d'une foule de très petits nodules, durs, blancs, presque transparents, brillants, offrant

un aspect de vésicules; mais l'érosion avec une aiguille n'en fait sourdre aucun liquide.

Cette infiltration singulière semée de grains superficiels pseudo-vésiculeux s'étend au-dessous de l'oreille, sur la moitié gauche de la nuque et en une longue traînée suivant l'axe du creux sus-claviculaire, à peu près au-devant de la partie moyenne du sterno-mastoïdien.

La face est œdémateuse à gauche. Les lésions se poursuivent sur la tubérosité occipitale droite, mais sans y arriver à l'alopécie.

La malade dit qu'il y a six mois, il y eut une violente poussée inflammatoire qui se calma en quelques jours.

Pas de parasites dans les cheveux.

On trouvera plus loin l'examen histologique du bord de la grande ulcération et d'un des nodules pâles du cou. Traitement : 1 gramme de sulfate de quinine par jour; pansements humides boriqués.

De juillet à octobre 1902, la lésion ne paraît pas s'être étendue notablement en surface ; mais les éléments sont devenus beaucoup plus saillants; les douleurs sont insupportables, à peine calmées par la morphine; l'état général commence à décliner. Cependant, les ulcérations ne sont ni étendues, ni creusées, *il n'y a aucun ganglion* de pris.

Examen microscopique. — Alcool, paraffine, bleu polychrome; safranine, hématéine.

1° Ulcération du cuir chevelu (bords).

L'épiderme est épaissi régulièrement, relativement peu modifié dans sa disposition générale et dans la structure de chaque cellule. En un très petit nombre de points, on aperçoit un globe corné à évolution incomplètement achevée et occupant les plans profonds de la couche malpighienne. Par endroits, cet épithélium projette des prolongements à structure malpighienne; ceux-ci pénètrent peu profondément, ils s'amincissent, s'effritent; les cellules perdent tout d'un coup leurs filaments d'union, se séparent, et s'étalent dans le tissu conjonctif où elles se creusent des alvéoles qui contiennent un plus ou moins grand nombre de cellules à forme irrégulière, à noyau volumineux, assez riche en chromatine, à disposition variée et capricieuse, où les mitoses sont extrêmement rares. Par suite, on voit que tout le tissu conjonctif qui constitue le derme est creusé par une foule de ces alvéoles bien limités, remplis par 2, 3 cellules, ou par un beaucoup plus grand nombre réunies en nappe. L'aspect est absolument semblable à celui d'une préparation d'un carcinome du sein à stroma fibreux solide. Nulle part on ne voit de globes cornés, ni de cellules filamenteuses, ni rien qui rappelle l'origine épidermique: cependant celle-ci est certaine, car on a vu que les prolongements profonds de l'épithélium de recouvrement entraient manifestement en contact avec ces nappes carcinomateuses en lesquelles ils semblent se résoudre.

Il n'y plus traces ni d'une glande, ni d'un poil.

Il est très remarquable que tout le stroma est robuste, fibroïde; ce tissu conjonctif ne présente que très peu de réaction inflammatoire au voisinage des infiltrats néoplasiques profonds; on en trouve quelques indices au-dessous de l'épiderme sous forme de lymphocytes et polynucléaires, réunis en petits groupes.

Nodules pâles du cou. — Ici, l'épiderme est absolument sain, assez riche en pigment; tout le derme est creusé d'alvéoles généralement plus petits que dans la pièce précédente, et contenant les mêmes cellules polymorphes, avec des noyaux irréguliers, moins riches en chromatine, sans mitose visible.

Ici, il n'y a aucune trace de réaction inflammatoire au pourtour des infiltrats néoplasiques dispersés dans un tissu conjonctif presque fibreux, absolument passif. Aucune des cellules logées dans les alvéoles n'offre le type épidermique. Il est facile toutefois de se rendre compte que les cellules « cancéreuses » viennent manifestement par les lymphatiques ; elles semblent arriver des couches profondes ; nulle part elles n'arrivent au contact de l'épiderme, mais les embolies néoplasiques peuvent arriver presque dans les lymphatiques de la papille.

Plus encore que dans la précédente pièce, l'analogie avec un carcinome du sein est frappante.

Les sudoripares, les sébacés, les poils sont intacts. Il n'y a même pas de dilatation des vaisseaux sanguins.

La malade quitte la clinique le 5 octobre.

Elle y revient le 3 novembre. La lésion a fait des progrès énormes pendant ce dernier mois, peut-être à cause de l'arrêt de la quinine. La surface malade s'est étendue considérablement dans tous les sens. Elle est recouverte d'érosions suintantes ou d'ulcérations peu profondes. Les nodules du cou offrent des croûtes jaunâtres, épaisses. La poussée de grains pâles de la nuque s'est notablement accrue, la moitié droite de la région occipitale est envahie par la rougeur et l'infiltration. Des nodules nombreux apparaissent en arrière de l'oreille droite. Enfin, depuis peu de jours, le tiers supérieur du sterno-mastoïdien droit est soulevé par une volumineuse et douloureuse tuméfaction ganglionnaire. La face est œdémateuse ; les douleurs sont extrêmes. La malade est plus pâle, mais pas encore cachectique.

Traitement : 1 gramme de quinine par jour, morphine. Pansements humides. Amélioration rapide des douleurs.

Le 10 novembre, la masse développée au niveau du sterno-mastoïdien est devenue rouge et fluctuante. Incisée, elle donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux.

Le 15 novembre, l'abcès guérit rapidement. On ne perçoit pas de masses néoplasiques à ce niveau. La malade souffre beaucoup moins. La surface néoplasique est beaucoup moins purulente, elle apparaît plutôt érodée qu'ulcérée. L'œdème de la face persiste.

18 novembre. Douleurs vives. Insomnie. L'abcès du cou est à peu près guéri.

15 décembre. Le cou est guéri ; il n'existe aucune trace d'envahissement ganglionnaire. Les grains sous-épidermiques se multiplient, se tassent en mosaïque ; aucun ne s'ulcère. Il existe des semis jusqu'au sommet du sternum. Les paupières, œdémateuses, en offrent qui sont entièrement sous-épidermiques, en grains de plomb. L'oreille est transformée en un bloc dur. Les douleurs sont brûlantes, atroces. L'état général est absolument bon malgré l'étendue énorme du néoplasme.

A première vue, le diagnostic n'était pas sans offrir des difficultés : cette vaste surface alopécique bordée de cratères remplis

de pus, semée d'érosions, de croûtes, avec une seule ulcération bourgeonnante, les phénomènes inflammatoires de l'oreille, l'intensité des débuts, la rapidité extraordinaire de l'extension étaient pour faire songer à une lésion septique sycosiforme.

Mais les petits grains blancs translucides, l'infiltration en cuirasse, les reliefs bleuâtres, appelaient la notion d'une dégénérescence épithéliale à forme inaccoutumée.

L'examen histologique ne laisse d'ailleurs aucun doute. Si l'on veut interpréter les lésions microscopiques, on peut admettre que les nodules du cou, du front, etc. résultent d'une généralisation par la voie du réseau lymphatique superficiel; c'est évidemment de la carcinose cutanée secondaire exactement comparable à celle qui s'associe quelquefois au carcinome de la mamelle. L'embolie néoplasique vient de la profondeur.

Au contraire, la lésion du cuir chevelu est une carcinose locale, primitive, dont les relations avec l'épiderme de recouvrement sont faciles à constater. Mais il faut remarquer la rapidité avec laquelle les cellules néoplasiques perdent tout caractère malpighien, la disposition alvéolaire typique, la rareté ou l'absence de réaction inflammatoire de voisinage. J'ai dit *carcinose*, parce que c'est exactement ce qu'on appelle carcinome, et non point l'épithelioma vulgaris; aucune forme d'épithélioma plan cicatriciel, perlé, rodens ne m'a jamais laissé voir une apparence aussi exactement semblable à celle d'un cancer du sein. Ainsi, on pourrait dire : cancer en cuirasse du cuir chevelu, si l'expression que nous avons choisie ne nous avait paru à la fois plus exacte et plus descriptive.

Lèpre d'origine martiniquaise.

Par MM. Gaucher et Chiray.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade atteint de lèpre d'origine martiniquaise. Le malade est né à la Martinique, y a vécu et a passé l'année dernière à la Guyane française. Il s'agit donc d'une lèpre contractée dans un pays lépreux et non d'un cas autochtone.

Le malade présente surtout de larges macules hyperesthésiques, la déformation caractéristique du lobule de l'oreille; une augmentation de volume considérable du cubital et peut-être un commencement d'infiltration fibromateuse sous-conjonctivale. Le début remonte à deux ans environ.

Nævus angiomateux de la face.

Par MM. Gaucher et Trémolières.

Nous avons l'honneur de présenter un malade âgé de 52 ans, atteint d'un nævus angiomateux hypertrophique de la face.

A la naissance, le nævus n'occupait que la joue droite et la moitié droite du nez. Il est resté stationnaire jusqu'à l'âge de 20 ans.

A partir de cette époque, le nævus s'accroît, gagne l'autre moitié du visage et le front, envahit le nez qu'il rend démesurément gros et difforme. La lèvre supérieure, atteinte depuis dix ans, tombe depuis cinq ans au-devant du menton, donnant au visage du malade l'aspect d'un museau de tapir. La face ainsi déformée, mamelonnée et violacée est véritablement monstrueuse.

Le malade, atteint de la cataracte depuis dix ans, est complètement aveugle depuis deux ans.

Mycosis fongoïde à évolution rapide.

Par M. Danlos.

Le nommé Léon C..., âgé de 45 ans, jardinier, entré le 14 novembre 1902, salle Bichat, lit n° 10.

Description du malade à son entrée :

I. Tête. — Sur le *cuir chevelu* sont disséminés, particulièrement à la région de la nuque, quelques nodules intradermiques légèrement saillants, les uns, en plus grand nombre, gros comme des pois ou des lentilles, d'autres, moins nombreux, pouvant aller jusqu'au volume d'un œuf de pigeon. Quelques nodules sont surmontés d'une desquamation eczémateuse.

Le nodule le plus volumineux s'est ulcéré : il en est résulté une ulcération cratériforme, ayant assez bien l'apparence d'une gomme syphilitique incomplètement évacuée. Les bords sont rouges et indurés, le fond est occupé par une escarre bourbillonneuse. Cette tumeur, comme les autres, est mobile sur le périoste.

A la *figure* :

a) La *paupière supérieure* droite, considérablement tuméfiée, infiltrée par le néoplasme, recouvre l'œil et ne peut s'élever.

A l'angle interne de l'œil droit, ulcération profonde, croûteuse, à bords indurés et d'aspect syphilitique avec adhérence aux os sous-jacents.

L'extrémité interne du sourcil gauche est occupée par une tumeur légèrement déprimée à son milieu.

b) A la *lèvre supérieure* à gauche, deux tumeurs analogues, l'une en avant, l'autre un peu en arrière de la commissure.

Elles sont recouvertes de croûtes noirâtres qui laissent voir après leur chute une ulcération en plateau (ulcus elevatum).

c) Sur la *lèvre inférieure* droite, près de la commissure, une tumeur ulcérée semblable.

d) *Menton.* Dans la région du menton, tumeurs confluentes de même nature, les unes ulcérées, les autres non ulcérées, paraissant adhérer au maxillaire. Les tumeurs ulcérées sont recouvertes de croûtes brunes rappelant assez typiquement les concrétions purulentes de la syphilis.

e) Rien sur l'*œil* proprement dit, sur les *oreilles*, sur la *muqueuse buccale*. Rien à noter dans la bouche sinon gingivite expulsive et dents en mauvais état.

Indépendamment de ces grosses tumeurs adhérentes, la face en présente encore quelques-unes qui sont plutôt intradermiques et qu'on ne peut reconnaître qu'en pressant la peau entre les doigts.

La peau du visage est le siège d'une desquamation furfuracée.

II. Cou. — La peau du cou est parsemée, en avant et sur les parties latérales, de nodules intradermiques saillants ayant en général les dimensions d'un gros pois, quelques-uns un peu plus gros. Les plus larges sont aplatis et d'apparence plutôt discoïde que pisiforme. A leur niveau la peau est un peu plus rosée et, sur quelques nodules, surmontée de croûtes.

Les ganglions sus-claviculaires sont tous extrêmement tuméfiés, mais mobiles et indolents.

III. Tronc. — Le tronc est couvert dans toute son étendue de disques confluents dont les dimensions varient de 50 centimes à 2 francs. La peau, à leur niveau, est rouge sombre, croûteuse sur beaucoup, simplement desquamante sur d'autres. La sensation obtenue en prenant un disque entre les doigts est celle d'un morceau de fibro-cartilage inséré dans la peau.

Sur le côté gauche du ventre, dans la ligne mamelonnaire, à cinq travers de doigt au-dessous du mamelon on voit une tumeur volumineuse, grosse comme un œuf de poule, faisant une saillie d'environ 2 centimètres, ulcérée, d'aspect mamelonné végétant qui paraît avoir été le siège initial de la maladie. A ce niveau existait, au dire du malade, il y a quatre mois, une dartre prurigineuse qu'il a traitée par la teinture d'iode. C'est après ce traitement qu'elle a commencé à grossir.

C'est un mois environ après le développement de cette grosseur, qui a été comme le chancre de la maladie, que sont apparues toutes les grosseurs qui existent actuellement sur le tronc.

IV. Membre supérieur. — Même état que sur le tronc, mais les lésions deviennent de plus en plus rares en allant de la racine vers l'extrémité du membre. La moitié inférieure des avant-bras ainsi que les mains sont absolument respectées. On ne constate à ce niveau qu'une certaine lichénification du derme, vestige probable de l'éruption eczémateuse initiale.

Les ongles paraissent inaltérés.

Tuméfaction *considérable des ganglions de l'aisselle.*

V. Organes génitaux externes. — Sur les deux côtés du scrotum, existent de petits disques exulcérés rappelant un peu l'aspect et donnant au palper la sensation d'un chancre syphilitique en voie de disparition.

Un disque plus petit sur la peau de la verge.

Rien sur la muqueuse du gland.

VI. Membre inférieur. — Tuméfaction *énorme* des ganglions inguinaux. Éléments de même apparence qu'au membre supérieur sur les fesses et la cuisse.

La moitié inférieure de la jambe et le pied sont absolument respectés des deux côtés.

Sur le cou-de-pied, même apparence lichénoïde qu'à la paume des mains. Il faut pourtant signaler au-dessus du pied droit un petit disque lenticulaire, ne se distinguant guère de la peau que par une coloration un peu bistrée, un peu de saillie et un peu d'induration au palper. Cet élément est peut-être un nodule en voie de formation.

Le malade ressent de vives démangeaisons. Aussi voit-on d'une manière générale sur toute la peau et particulièrement sur les tumeurs des excoriations croûteuses, traces de grattages. Les démangeaisons des mains, qui avaient été le symptôme primitif, persistent toujours assez vives; pas de tumeurs à leur niveau.

Évolution. — Au mois d'avril 1902. Éruption de face dorsale des mains précédée de démangeaisons, paraissant avoir eu le caractère d'un eczéma et qui a guéri en quelques semaines.

Au mois de juillet 1902. Apparition de la grosse tumeur du tronc (tumeur mère).

Au mois d'août 1902. Poussée généralisée d'éléments discoïdes sur le tronc et le haut des membres.

Évolution des tumeurs. — Au dire du malade, certaines tumeurs se développent quand d'autres disparaissent. La disparition se fait sans troubles de sensibilité et sans laisser de traces quand elle a lieu par pure absorption.

Sur les points où les tumeurs doivent se développer le malade dit ressentir des démangeaisons plus vives.

Certaines tumeurs en très petit nombre paraissent subir une résorption après mortification. Le plateau du disque se gangrène en masse, il en résulte une escarre déprimée entourée d'un bord rouge ayant très sensiblement l'aspect d'une gomme syphilitique nécrosée.

Sur d'autres la fonte du nodule paraît consécutive à des érosions superficielles qui deviennent de plus en plus profondes.

Dans les deux cas, l'analogie avec des gommes syphilitiques est des plus remarquables.

Le malade dit n'avoir jamais éprouvé de fièvre. Toutes les fonctions s'accomplissent bien malgré un amaigrissement notable. Il ne semble pas y avoir de localisations viscérales. Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.

En présence de ces lésions on ne pouvait porter que deux diagnostics : sarcomatose ou mycosis. Tenant compte surtout de la rapidité d'évolution et de l'absence presque complète de période eczémato-lichénienne, je penchais plutôt, malgré le prurit intense, vers l'idée de sarcome cutané, rattachant au prurit et aux lésions de grattage les adénopathies ganglionnaires. L'histologie d'un nodule a montré qu'il s'agissait d'un mycosis bien caractérisé. Ce diagnostic accepté, le cas se fait remarquer par les particularités suivantes :

1° Absence presque complète de la période prétumorale. Les manifestations d'eczéma qui ont précédé de quelques mois les tumeurs ont disparu sans laisser d'autre trace qu'une *très légère* lichénification du dos des mains et des pieds.

2° Il est remarquable aussi que ces parties, jadis eczémateuses, ont été jusqu'à présent respectées par les tumeurs.

3° A noter également le développement initial de la tumeur mère, suivi à bref délai (un mois) d'une quantité innombrable de tumeurs secondaires.

4° L'analogie considérable de certains éléments avec des indurations ou des gommes syphilitiques, analogie telle que nous avons cherché avec soin si en même temps que le mycosis la syphilis n'était pas en cause.

5° L'examen du sang, fait par M. le Dr Dominici, a révélé un état d'anémie légère avec leucocytose considérable, 35000. Nous donnons ici *in intenso* la note de M. Dominici, qui nous paraît avoir une importance considérable pour l'étude des rapports du mycosis et de la leucémie.

6° Au point de vue thérapeutique. Un médecin de la ville avait essayé les injections mercurielles solubles (cyanure) sans autre résultat que des nodosites inflammatoires dans les fesses. Sur notre conseil, il lui a fait sans succès pendant un mois des injections arsenicales (cacodylate, arséniate de soude).

Quand le malade est entré à l'hôpital, l'état de sa peau ne permettant guère de réaliser l'asepsie nécessaire aux injections, je lui ai fait prendre en potion de l'arrhénal à la dose moyenne de 30 centigrammes par jour. L'effet a été nul, plutôt mauvais ; car depuis trois semaines que nous suivons le malade l'état s'est manifestement aggravé. Cette aggravation est peut-être l'effet de la marche naturelle du mal qui semble chez ce sujet très rapide. Je me demande toutefois si l'arsenic n'y est pas pour quelque chose, car dans un cas semblable le cacodylate *donné également par la bouche* m'a paru précipiter les accidents. Dans un autre cas de mycosis que j'avais dernièrement dans mon service l'arsenic donné *sous forme d'injections* n'a pas paru avoir d'effet fâcheux ; peut-être même a-t-il eu quelque influence favorable sur la marche du mal, sans exercer cependant aucune action modératrice sur la violence du prurit. L'arséniate de soude (5 centigrammes par jour) a semblé dans ce cas supérieur au cacodylate (50 centigrammes et un gramme par jour).

Examen du sang, par M. Dominici :

Nombre des globules rouges.................	4 120 000
Nombre des globules blancs.................	35 000

Quantité d'hémoglobine : 0 75 p. 100 de la richesse normale.

Rapport des formes leucocytaires :

Polynucléaires neutrophiles..............	75	p. 100
— éosinophiles..............	13,5	—
Mononucléaires.........................	15	—
Mastzellen.............................	0,5	—

Examen du sang frais :

Pas de déformations globulaires, ni d'inégalité marquée de la taille des globules rouges. Réticulum fibrineux à peine accru.

L'examen hématologique met en évidence une *anémie* et une *leucocytose*. L'*anémie* est légère et banale.

La leucocytose est très accentuée et élective. En effet, l'accroissement de la quantité des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles l'emporte nota-

blement sur celui des *mononucléaires.* D'autre part, la numération comparative des diverses formes de *mononucléaires* permet de constater une prédominance des lymphocytes (les plus petits des mononucléaires) sur les autres variétés cellulaires de même ordre.

Les petits mononucléaires en question, qui sont peu nombreux dans les conditions ordinaires, constituent dans le cas actuel plus de la moitié des mononucléaires en circulation.

L'*anémie*, la *leucocytose* avec prédominance des polynucléaires *neutrophiles* et *éosinophiles* se rencontrent dans les dermatoses prurigineuses les plus variées.

Le fait le plus intéressant que nous ayons constaté est l'augmentation de nombre des *lymphocytes* envisagés non seulement à un point de vue relatif, mais encore d'une manière absolue.

Nous avons dit que ces cellules représentaient à elles seules plus de la moitié des mononucléaires ; or, les mononucléaires, qui semblent avoir diminué si on les compte par rapport aux polynucléaires, sont plus abondants dans le sang circulant qu'à l'état normal. En effet, leur diminution apparente est telle qu'ils sont deux fois et demie moins nombreux qu'à l'état normal. Or la leucocytose est telle que la quantité des leucocytes est plus que quadruplée. Il y a donc plus de mononucléaires et conséquemment plus de lymphocytes en circulation que dans les conditions ordinaires.

Cet accroissement numérique des lymphocytes correspond vraisemblablement à une suractivité morbide du tissu lymphoïde dans ses zones de répartition habituelles, voire en d'autres régions.

M. Gastou. — Le cas clinique présenté par M. le Dr Danlos et dont il a bien voulu nous confier l'étude anatomique, nous paraît être, au point de vue de la structure, aussi difficile à ranger dans les mycosis que dans les sarcomes, c'est pourquoi nous proposons la dénomination de lymphodermie pernicieuse.

Une des tumeurs a été excisée et séparée en deux fragments fixés l'un dans l'alcool, l'autre dans le sublimé. L'emploi des colorations à l'orcéine et de la méthode de van Gieson nous a facilité l'étude des différents éléments composant la tumeur.

L'épiderme présente comme altérations de l'hyperkératose et de l'acanthose, la couche cornée est formée de cellules plates à noyaux et en couches superposées ; la couche granuleuse a disparu ; le corps muqueux est très développé. On note une absence complète d'infiltration et de vésiculation, donc pas d'abcès intra-épidermique.

Dans la région sous-papillaire, dans les papilles, dans le derme et le mésoderme le réseau élastique est très abondamment développé et forme, sous la membrane basale, un réticulum fin ; ce réticulum ne présente pas pourtant l'aspect comme filamenteux qui se voit habituellement dans le mycosis. Il rappelle plutôt dans la couche sous-basale l'aspect que prend

le tissu élastique dans les dermites chroniques, tandis que dans les parties plus profondes de la papille il est en tous points semblable au tissu splénique. Cette ressemblance est encore donnée par l'apparence et la nature de l'infiltration cellulaire.

Cette infiltration n'est pas uniforme, dense, étalée, comme cela se voit dans les tumeurs mycosiques. Vers l'épiderme elle est peu dense ; dans la profondeur elle forme des nodules nettement délimités et circonscrits.

L'infiltration est presque entièrement formée (sauf peut-être à la limite externe des papilles, où se mêlent quelques lymphocytes) de cellules dont le noyau plutôt ovale et allongé rappelle celui des éléments conjonctifs ; d'autant qu'il prend mal la coloration.

Dans les nodules le groupement des cellules se fait en série concentrique ou ovalaire, ou même linéaire, mais toujours ce groupement est centré par un vaisseau sans parois apparentes dans la plupart des nodules, avec paroi dans d'autres.

Il y a donc une véritable systématisation périvasculaire des nodules dont quelques-uns, par ce fait qu'il se mêle aux cellules conjonctives des lymphocytes, donnent absolument l'apparence du corpuscule de la rate.

On ne voit pas de leucocytes polynucléaires, ni dans les vaisseaux ni dans les tissus.

Il n'existe pas d'autres altérations importantes à signaler.

Étant donnés cette apparence plutôt conjonctive, ce siège périvasculaire et l'aspect sarcomateux, il nous a semblé que nous pouvions conclure à l'existence d'une lymphodermie pernicieuse.

Élections.

Ont été nommés membres de la commission du prix Zambaco : MM. Balzer, Darier, Jacquet, Jeanselme, Jullien.

Le Secrétaire,

Milian.

REVUE DES LIVRES

Diagnostico del chancro venereo, par Portillo. 1 vol. in-8° de 86 pages. Madrid, 1902.

A tous les termes employés, P. préfère celui de chancre vénérien pour désigner l'ulcération produite par le bacille de Ducrey-Unna, ulcération qui réunit toutes les conditions permettant d'affirmer son absolue spécificité.

Il fait une minutieuse description de la lésion type, en analyse tous les caractères objectifs, en étudie les diverses variétés, les aspects différents suivant les localisations, la marche, que les inoculations ont permis de suivre pas à pas, et en passe tous les symptômes en revue en donnant à chacun sa valeur diagnostique.

Le chancre mixte (cette source de désagréables surprises) est étudié avec le même soin que le chancre vénérien; P. montre combien son aspect peut varier avec les conditions diverses des deux contagions.

Le diagnostic différentiel avec le chancre ou les ulcérations syphilitiques, avec les ulcérations tuberculeuses, les balanites, les balano-posthites, l'herpès génital, l'épithélioma de la verge, les lésions acariennes, l'ecthyma, fait avec grand soin, est rendu encore plus frappant par l'aide de tableaux comparatifs.

Le dernier chapitre, consacré à l'étude microbiologique, a toute l'étendue que mérite son importance. Le bacille y est décrit dans ses aspects un peu divers; on y trouve tous les détails des colorations et des procédés de technique à employer pour sa recherche dans le pus ou le tissu du chancre, la description complète du procédé de culture.

Excellente et très complète monographie qui n'apporte rien de bien nouveau, mais n'oublie absolument rien.

Veyrières.

Le Gérant : Pierre Auger.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES MÉMOIRES ET ARTICLES ORIGINAUX

Auché. — Voir Dubreuilh.

Balzer et Schimpff. — Contribution à l'étude des dermatoses vermineuses superficielles (myiases)........................... 792

Belot. — Le durillon rétro-malléolaire de la femme............... 885

Bodin. — Sur la botryomycose humaine............................. 289

Brocq. — Érythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie.. 1

Brocq. — Les parapsoriasis....................................... 433

Carle. — Un cas de phlycténose récidivante des extrémités........ 130

Carle. — Des gangrènes multiples et primitives de la peau......... 865

Dalous. — Un cas de paronyxis tuberculeux d'inoculation......... 219

Dalous. — Le cylindrome de la peau.............................. 469

Dubreuilh. — Pyodermite serpigineuse linéaire................... 785

Dubreuilh et Auché. — Épithéliomes bénins multiples du cuir chevelu. 545

Dubreuilh et Le Strat. — Lichen plan palmaire et plantaire....... 209

Du Castel. — Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs.... 32

Eck. — Voir Hallopeau.

Escomel. — Anatomie pathologique du verrucome de Carrion...... 961

Hallopeau et Eck. — Contribution à l'étude des sarcoïdes de Bœck.. 985

Jacquet. — Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire.. 97, 180

Lenoble. — Les purpuras et leurs modalités cliniques d'après leur formule sanguine.. 1097

Le Strat. — Voir Dubreuilh.

Mantegazza. — Sur un cas d'hémato-lymphangiome kystique superficiel développé sur la cicatrice résultant de l'extirpation d'un lymphangiome caverneux sous-cutané.......................... 687

Monthus. — Des altérations oculaires dans le xeroderma pigmentosum. 673

Méneau. — Sur la blastomycose cutanée........................... 578

Schimpff. — Voir Balzer.

Tommasoli. — Le traitement intense et précoce de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé....................... 1073

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

A

Abadie, 1052.
Abraham, 827.
Achard, 667, 669.
Allen, 910.
Allgeyer, 165, 780.
Almkvist, 810.
Anthony, 162.
Ashihara, 650.
Auché, 318, 545.
Audistère, 834.
Audry, 144, 272, 273, 274, 310, 318, 368, 380, 407, 409, 411, 413, 637, 772, 774, 1063, 1163.

B

Babinski, 534.
Babonneix, 626.
Ballet, 826.
Balzer, 68, 139, 154, 171, 252, 269, 271, 514, 621, 623, 639, 643, 646, 748, 751, 792, 830, 1010, 1036, 1042, 1151, 1152, 1155.
Barbe, 255, 430, 630, 1033.
Barbiani, 960.
Barcet, 830.
Bardwell, 539.
Barozzi, 173.
Barthélemy, 67, 139, 153, 173, 487, 493, 501, 519, 524, 618, 631, 633, 637, 642, 644, 646, 700, 713, 717, 723, 729, 738, 742, 755, 761, 769, 1002, 1011, 1013, 1118, 1146, 1155.
Bauby, 409.
Baudoin, 753.
Baudouin, 327, 625, 642.
Bauer, 826.
Bayet, 422, 861.
Beck, 804.
Béclère, 60, 1045.
Belot, 885.
Benard, 174.
Benassi, 89, 1072.
Bentley, 817.
Berenger, 853.
Bernard (H.), 536, 666.
Bernhardt, 783, 819.
Bernheim, 1141.
Bertillon, 857.
Besnier, 45, 52, 138, 157, 167, 223, 226.
Bettmann, 282, 664.
De Beurmann, 738, 743, 746.
Bezançon, 537.
Billet, 900.
Bissérié, 170, 712.
Bizard, 1002, 1005, 1010.
Blashko, 849, 917, 943, 944, 1071.
Blasi, 540.
Bockhart, 535, 538, 654, 657.
Bodin, 171, 172, 289, 671.
Boidin, 831.
Bollaan, 425.
Bonne, 95.
Bosellini, 84, 827.
Bouchot, 46, 226.
Bovero, 781.
Bowen, 93.
Bramwell, 799.
Brault, 770, 1062.
Brayton, 798.
Breakey, 916.

Brissaud, 663, 667, 946, 948.
Broca (A.), 349.
Brocq, 1, 157, 167, 170, 171, 253, 313, 317, 353, 354, 362, 402, 407, 408, 433, 599, 602, 605, 609, 611, 616, 619, 622, 625, 642, 643, 712, 727, 742, 744, 747, 753, 755, 761, 999, 1013, 1146.
Broers, 425, 934.
Bronson, 75, 654, 894.
Brunsgaard, 803.
Bukovsky, 807.
Bulkley, 158, 861.
Buri, 649.
Burlureaux, 255, 854.
Burmeister, 653.
Buschke, 901, 933, 935.
Buxton, 73.

C

Calza, 862.
Campana, 159.
Camus, 831.
Cao, 837.
Carle, 130, 865, 900.
Casoli, 88.
Cestan, 816.
Chaillous, 899.
Charpentier, 534.
Chatin, 327, 349, 621.
Chevassu, 778.
Chiray, 1167.
Chotzen, 955.
Civatte, 402.
Colombini, 82, 281.
Comby, 537.
Constantin, 637, 774.
Courtney, 83.
Coyon, 663.
Crocker (R.), 72, 805, 937.
Crouzon, 50, 52, 266, 268, 996.
Cruyl, 919.
Curtin, 829.

D

Dalous, 219, 272, 274, 368, 469, 1063.
Danlos, 154, 155, 156, 157, 492, 493, 498, 620, 621, 623, 699, 722, 723, 955, 994, 1168.
Darier, 45, 54, 170, 225, 498, 527, 741, 753, 755, 768, 999, 1005, 1021, 1121, 1154.
Degroat, 801.
Dehu, 173.
Dekeyser, 940.
Delherm, 91.
Dieulafoy, 947.
Di Fratta, 854.
Dominici, 170.
Dopter, 668.
Dore, 822.
Doutrelepont, 916, 933.
Doyon, 482, 502.
Druelle, 736.
Dubois-Havenith, 392.
Dubreuilh, 83, 85, 171, 173, 174, 209, 318, 364, 377, 384, 391, 407, 545, 785, 812, 1067.
Du Castel, 32, 71, 173, 488, 492, 617, 625, 642, 723, 730, 744, 1013, 1128.
Duflos, 806.
Dufour, 804, 904, 942, 951.
Dumont, 1159.
Dunlop, 799.
Dupré, 806.
Durante, 953.

E

Eck, 985, 1027, 1130.
Ehrmann, 910, 912, 954.
Elliott, 798.
Emery, 1014.
Engman, 78, 81.
Escomel, 961.

F

Faisans, 834.
Faure-Beaulieu, 639, 643, 1036, 1042, 1151, 1152.
Ferras, 946.
Ferrio, 862.
Fiaux, 853.
Finger, 427, 855, 923.

Follet, 913, 943.
Fordyce, 801, 320.
Foster (B.), 656.
Fouquet, 47, 50, 228, 230, 359, 500, 502.
Fournier (A.), 243, 264, 266, 268, 493, 501, 516, 517, 518, 524, 856, 950, 999, 1012, 1034, 1146, 1154.
Fournier (E.), 419, 500, 512, 1012.
Fox (Colcott), 79.
Fox (G.-H.), 820.
Fraser, 824.
Frèche, 322, 386.
Frédéric, 779.
Freeland, 650.
Freeman, 803, 941.
Freund, 822.

G

Gadaud, 537, 714, 718, 720.
Galezowski, 621.
Galippe, 617, 698.
Galloway, 805, 924.
Gandillon, 954.
Gasne, 535.
Gassmann, 660, 815.
Gastou, 255, 327, 353, 354, 392, 414, 487, 493, 496, 499, 599, 600, 602, 672, 702, 707, 735, 746, 747, 761, 1002, 1005, 1013, 1014, 1021, 1147, 1155, 1172.
Gaucher, 50, 52, 54, 135, 140, 231, 310, 355, 386, 407, 501, 509, 536, 626, 629, 643, 646, 663, 666, 820, 954, 1113, 1144, 1167, 1168.
Gayet, 655.
Gebert, 920.
Gedoelst, 860.
Gerson, 928.
Gilbert, 915.
Giovannini, 836.
Goldberg, 540.
Gottheil, 935.
Grandmaison, 831.
Gravagna, 958.
Griffon, 537.
Grindon, 77, 94.
Grouven, 163, 286.
Guelliot, 513.
Guillain, 914.
Guinon, 834.
Gunsett, 79, 779.
Guth, 923.

H

Hall, 88, 817.
Hallopeau, 46, 47, 50, 52, 223, 226, 228, 230, 241, 250, 309, 310, 359, 386, 392, 407, 419, 483, 486, 499, 500, 502, 518, 599, 604, 605, 609, 611, 613, 615, 666, 714, 717, 718, 720, 727, 985, 1012, 1027, 1029, 1031, 1034, 1129, 1130, 1132, 1136, 1138.
Harmer, 935.
Harris, 958.
Harttung, 924.
Heidingsfeld, 94, 651, 826.
Held, 911.
Heller, 830, 918, 960.
Herxheimer, 424.
Herz, 537.
Heuss, 279.
Hildebrand, 424.
Hinder, 162.
Hirtz, 663, 943.
Hochsinger, 952.
Hodgson, 85.
Hoffmann, 901, 903, 958.
Holleman, 425.
Huber, 661.
Hunner, 958.

J

Jacquet, 97, 157, 167, 180, 237, 238, 245, 253, 513, 616, 619, 629, 698, 728, 743, 754, 1002.
Jadassohn, 672, 857, 902.
Jancky, 90.
Jarisch, 175.
Jeanselme, 10, 907, 1010, 1013.
Jelgersma, 286.

Johnston, 662.
Jomier, 1132.
Jones, 76.
Judalewitsch, 814.
Juliusberg, 163.
Jullien, 137, 736, 743, 1010.

K

Kann, 648.
Kaposi, 837.
Katz, 953.
Kétly (von), 280.
Koch, 653.
Koehler, 662.
Kopytowsky, 531, 647, 818.
Kreibich, 802, 828, 911, 920, 922, 936.

L

Laborde, 901.
Lacapère, 135, 231, 355, 509, 820.
Lafay, 519, 524, 700.
Laffitte, 173.
Laguerre, 413.
Laignel-Lavastine, 666.
La Mensa, 936.
Lancashire, 821.
Lane, 850.
Lannois, 831.
Lassar, 855.
Lecornu, 68, 269, 271, 514.
Leistikow, 538.
Lenoble, 1097.
Le Pileur, 843.
Lereboullet, 915.
Leredde, 47, 141, 145, 156, 157, 173, 233, 237, 238, 243, 244, 305, 309, 318, 329, 352, 353, 354, 487, 492, 497, 525, 527, 599, 600, 609, 621, 622, 642, 646, 1021, 1055, 1114, 1147, 1160.
Lespinne, 918, 940.
Lesser, 956.
Le Strat, 209.
Letulle, 777.
Leven, 658, 800.
Lévi, 91.
Lévy, 631.
Lévy-Bing, 519, 700, 755.
Lextrait, 954.
Lion, 832.
Little (Graham), 93, 797, 806, 807, 820.
Lochte, 532.
Loeper, 667, 669.
Loth, 76.
Löwenbach, 945.
Lusk, 82.

M

Macleod, 79, 86, 813, 824, 939.
Mantegazza, 75, 687, 782.
Marie, 914, 947, 948, 950, 996.
Marmonier, 862.
Marshall, 158.
Mastri, 669.
Meachen, 811, 816.
Meillère, 901.
Meissner, 539.
Menahem-Hodara, 655.
Mendès da Costa, 660, 894, 896, 906, 907, 927, 938, 944.
Méneau, 315, 578.
Meuron (A. de), 848.
Milian, 624, 701, 1000, 1001, 1005, 1012, 1013, 1117, 1144.
Millard, 74.
Minne, 939.
Minod, 844.
Miralliè, 821.
Möller, 164.
Montgomery-Douglas, 807
Monthus, 674.
Moreau, 384, 386.
Morelle, 899.
Morestin, 811.
Morgenstern, 165.
Morris, 822, 897, 903.
Morrow (Prince), 835.
Morrow (Howard), 814.
Morsier (de), 855.
Moty, 243, 253, 503, 518, 622, 645 646, 729, 754.

Moynihan, 84.
Mracek (de), 541.
Munro, 797.
Munthe (de) de Morgenstierne, 853.

N

Nageotte, 832.
Neeb, 288.
Neisser, 672, 844, 925, 938, 949, 959.
Neumann, 285, 914, 923, 949.
Nicolau, 414, 707, 761, 1014, 1021, 1147, 1155.
Nicolski, 634.

O

Oppenheim, 163, 945.
Ormsby, 824.
Osler, 649.
Oudin, 54, 713, 717, 726.

P

Panichi, 76.
Pappenheim, 895.
Paris, 264.
Parker, 422.
Pautrier, 141, 233, 329, 525, 527.
Pease, 77.
Péchin, 946.
Pelagatti, 809.
Pergens, 860.
Pernet, 72, 939.
Petersen (de), 858.
Petrini de Galatz, 853.
Philippson, 428.
Piccardi, 74.
Pick, 802, 808.
Pini, 284.
Pinkus, 662, 903, 908, 909, 919.
Plonski, 899.
Pontoppidan, 848.
Portillo, 1174.
Pratt, 90.
Preitner, 422.
Proksch, 161.
Pugh, 821.
Pusey, 92, 798.

Q

Queyrat, 731.

R

Raab, 825.
Radaeli, 80.
Ramazotti, 850.
Ramond, 738.
Ravenel, 825.
Ravogli, 75.
Raymond, 816, 947.
Reiss, 423, 531.
Renault, 50, 245, 742, 999, 1010.
Rethaan-Macaré, 854.
Reverdin, 897.
Ribon, 1005.
Ribot (Alex.), 609, 611, 613.
Richter, 659, 954.
Riehl, 953.
Roberts (Leslie), 72.
Robey, 814.
Roger, 929.
Rolleston, 823.
Rona, 426, 661, 851.
Rosenthal, 285, 910.
Rubens Duval, 605, 615, 717, 727.

S

Sabouraud, 172, 174, 248, 254, 493, 616, 617, 619, 670, 735, 1139.
Sacquépée, 913, 943.
Salomon, 943.
Salsotto, 862.
Samberger, 161.
Sandwith, 816.
Santoliquido, 857.
Schachmann, 833.
Schamberg, 87, 823, 905.
Scharff, 937.
Scherb, 833, 948.
Schiff, 919, 929, 931.
Schimpff, 792.
Schmidt, 73.
Schnabel, 426.

Schœffer, 933.
Sée (Marcel), 174.
Sequeira, 90, 897, 941, 942, 952.
Sheldon, 804.
Sherwell, 894.
Sicard, 667.
Simpson, 85.
Sion, 430.
Sobel, 800.
Somers, 784.
Sottas, 372.
Souques, 913.
Sourdille, 1029, 1031, 1034.
Spek, 425.
Spillmann, 632.
Stanley, 814.
Stelwagon, 658, 665.
Stowers, 813.
Strauss, 533.

T

Talamon, 668.
Taylor, 862.
Telger, 898.
Thibierge, 171, 173, 842, 1146.
Thiriar, 902.
Thomas, 832.
Tommasoli, 1073.
Török, 783.
Touche, 952.
Trémolières, 1168.
Troisfontaines, 913.
Truffi, 939.

U

Unger, 959.

V

Van der Wyk, 912.
Véneziani, 921.
Verbeek, 801.
Verchère, 54, 1010, 1141.
Vérité, 138, 154, 243, 244.
Verrotti, 927, 945.
Veyrières, 140, 174.
Vieira, 392, 600, 602, 702, 1021.
Vignolo-Lutati, 1072.
Vollmer, 659.
Vorderman, 286.
Vörner, 283.
Vrizheid, 801.

W

Waelsch, 835.
Walker (Norman), 541.
Wallis, 92.
Warde, 819.
Ware, 538.
Weber, 942.
Welander, 164.
Wende, 77, 656, 801.
Wheeler, 85.
White, 799.
Whitehead, 812.
Whitfield, 160, 652, 894, 909.
Wickham, 600.
Wielowiesyki, 818.
Winternitz, 904.
Wolbarst, 537.
Wolff, 858.
Wolters, 423.
Wood, 660, 813.
Wuillemin, 665, 940.

Z

Zander, 658.
Zarubin, 91, 778.
Zeisler (Jos), 162.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME III. — QUATRIÈME SÉRIE

1902

A

Acanthosis nigricans, par LITTLE.......... 797
Achromie limitrophe à des papules de lichen plan dans un cas d'hyperchromie tartrique, par HALLOPEAU et SOURDILLE..... 1029
Acné. Traitement par les rayons Röntgen, par PUSEY.. 798
— Traitement de l'— rosacée par l'extrait de capsules surrénales, par MUNRO......... 797
Acrodermatite continue suppurative, favorablement modifiée par l'eau oxygénée, par HALLOPEAU.................. 604
— suppurative continue des mains, par HALLOPEAU et ECK. 1027
Acrokératodermie héréditaire et familiale, par AUDRY et LAGUERRE.................... 413
Adénome sébacé, par PICK 802
— sébacé, par MENDÈS DA COSTA. 894
Aïnhum, par PREITNER.. 422
Alopécie atrophique, par WHITFIELD...................... 895
— congénitale, par BAUDOUIN... 753
— congénitale de nature indéterminée, par HALLOPEAU et R. DUVAL.................. 615
— infectieuse, par KLOTZ....... 798
— nerveuse, par BAYET......... 422
— prématurée simple (Étiologie de l'—), par KANN.......... 648
— peladiforme, par DANLOS..... 156
— d'origine hystérique, par DUBREUILH.................. 364
— Étiologie de l'—, par PARKER. 422
Anacarde. Éruption artificielle provoquée par le fruit de l'—, par BUSCHKE................ 901
Angiodermite tuberculeuse et lupus érythémateux, par LEREDDE et PAUTRIER......... 233
Angiokératome coexistant avec un lupus pernio et la tuberculose pulmonaire, par LEREDDE et PAUTRIER.......... 141
Angiomes multiples avec épistaxis à répétition, par OSLER. 649
— Nævus angiomateux, par GAUCHER et TRÉMOLIÈRES......... 1168
Ankylostome. Pénétration des embryons d'— sous la peau, par SANDWITH.............. 816
— Éruption causée par les larves d'—, par BENTLEY.......... 817
Anthrax. Traitement par le gaz oxygène, par THIRIAR....... 902
Antipyrine. Éruption indéterminée du dos des mains, par DANLOS.................... 498
— Éruption pemphigoïde, par TROISFONTAINES............ 913
Argile. Pansements à l'—, par WALLIS...................... 92
Arsenic. Action sur la peau saine, par ROBERTS.......... 73
— Épithélioma, par CROCKER et PUNCH.................... 72
— Érythème gyroïde papuleux et bulleux, par NEUMANN..... 285
— Zona, par BLASCHKO......... 943
— Mélanodermie et hyperkératose. Cancer, par DARIER... 1121
Artificielle (Éruption) provoquée par le fruit de l'anacarde oriental, par BUSCHKE. 901
Voir : *Durillon, Polisseurs, Primula, Rayons Röntgen, Teinture.*
Atrophie cutanée, par SHERWELL. 894
— maculeuse, par HEUSS........ 278

Atrophie dans le territoire du trijumeau, par BRONSON..... 894

B

Bacterium coli dans deux cas de dermatose varicelliforme infantile, par MANTEGAZZA..... 75
Biliaire. Mélanodermie d'origine —, par GILBERT et LEREBOULLET........................ 915
Blastomycose cutanée, par MÉNEAU........................ 578
— et syphilis, par ANTHONY..... 162
— Diagnostic de la —, par BRAYTON........................ 798

BLENNORRHAGIE

Gonocoque et généralités.

Siège des gonocoques dans les sécrétions blennorrhagiques, par HERZ.................. 537
Culture du gonocoque dans le sang gélosé, par BEZANÇON et GRIFFON.................. 537
Blennorrhagie chez les petits garçons, par WOLBARST..... 537
Durée d'un cas pris comme type de la blennorrhagie aiguë chez la femme, par BARTHÉLEMY et LÉVY.............. 631
Uréthrite streptococcique aiguë primaire, par GOLDBERG..... 540
Inflammation des cordons spermatiques chez un castrat, par HOFFMANN.................. 958

Complications de voisinage.

Abcès multiples à gonocoques des organes génitaux chez une femme atteinte de vulvo-uréthrite blennorrhagique, par GRAVAGNA.............. 958
Péritonites gonococciques des petites filles, par COMBY et GADAUD.................... 537
Péritonite blennorrhagique aiguë, par HUNNER et HARRIS....... 958
Inflammations en forme de cordons sous-cutanés de la verge, par BLASI............ 540
Tumeur de la paroi inférieure de l'urèthre, par JULLIEN et DRUELLE.................. 736

Manifestations générales.

Gonococcohémie, par BARBIANI.. 960
Endocardite blennorrhagique, par NEISSER................ 959
Rhumatisme articulaire blennorrhagique avec constatation de gonocoques dans le sang, par UNGER................. 959
Traitement du rhumatisme blennorrhagique, par LEISTIKOW. 538
Traitement de l'arthrite blennorrhagique, par BOCKHART.... 538
Myosite blennorrhagique, par WARE...................... 538
Myosite blennorrhagique, par HELLER..................... 960

Traitement.

Traitement abortif de la blennorrhagie, par BLASCHKO....... 1071
Traitement local de la blennorrhagie, par BARDWELL......... 539
Recherche sur l'huile de santal et le gonorol, par MEISSNER. 539
Botryomycose humaine, par BODIN........................ 289
Bouche. Glandes sébacées de la —, par ZANDER............. 658
— Hyphomycose, par WINTERNITZ........................ 904
Bromurique. Éruption bromo-iodique, par BALZER et LECORNU..................... 269
— Éruption nodulaire et fongoïde, par PINI............ 284
— Éruption végétante, par MAC-LEOD..................... 813
Bubons. Traitement par les injections de solution physiologique de chlorure de sodium, par WAELSCH.............. 835
Bulleuse. Bacterium coli dans une dermatose —, par MANTEGAZZA..................... 75

C

Cacodylates. Inefficacité thérapeutique des —, par FRASER. 824
— Médication cacodylique, par BURLUREAUX 255
Calvitie. Causes anatomiques, par ELLIOTT 798
Cancer de la peau, par FORDYCE.. 801
— médullaire dans le xeroderma pigmentosum, par KREIBICH. 828
— squirrheux de la peau avec métastases multiples et disséminées de la peau, par GASTOU et NICOLAU............. 1147
— arsenical, par DARIER........ 1121
— Traitement du — de la peau, par HEIDINGSFELD........... 651
— Traitement du — par l'ignipuncture et les solutions cuivriques ou eaux cuivriques naturelles, par MOREAU..... 384
Canitie des cheveux, par GUTH. 923
— Leucodermie et —, par FINGER. 923
Carcinome de la verge, par BROERS 425
Carcinose aiguë sycosiforme du cuir chevelu, par AUDRY..... 1163
Castration ovarienne, prurit, par SOTTAS 372
Chaleur. Influence de la — sur les inflammations de la peau, par SCHOEFFER.............. 933
Chalodermie, par KETLY......... 280
Champignons parasites de l'homme, par BODIN.............. 671
— parasites de l'homme et des animaux domestiques, par GEDOELST 860
Chancre simple par PORTILLO... 1174
— des doigts et de la main, par QUEYRAT.................... 731
— Désinfection des plaies infectées avec du pus de —, par GIOVANNINI 836
Chéloïdes spontanées multiples, par GAUCHER et LACAPÈRE.... 231
— multiples spontanées, par REISS.................... 423
— tuberculeuse, par MENDÈS DA COSTA 896
Cheveux. Troubles trophiques des — (alopécie aiguë, plique d'origine hystérique), par DUBREUILH.................. 364
Cheveux. Leucotrichie annulaire, par MEACHEN............... 816
— Canitie des —, par GUTH..... 923
Chloroma, par DUNLOP et BRAMWELL 799
Cocci. Immunité des glandes sudoripares pour les —, par FINGER..................... 427
Cœlonychie, par FRICHE......... 322
Colloïde. Dégénération — de la peau, par WHITE............. 799
Condylomes acuminés de la langue, par HEIDINGSFELD....... 94
Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, par THIBIERGE................. 839
Cornée. Formation — atypique, par HERXHEIMER et HILDEBRAND. 424
Corne de la paupière d'un enfant, par AUDRY et DALOUS... 272
— syphilitique de la moustache, par AUDRY et CONSTANTIN.... 774
Corps caverneux. Induration des —, par KAPOSI.............. 838
Cors. Anatomie pathologique et traitement, par FREELAND.... 650
Crâne. Malformation du —, par HALLOPEAU et FOUQUET......... 230
Cuir chevelu. Maladies du —, par SABOURAUD............... 670
— Maladies du —, par GASTOU... 672
— Carcinose aiguë sycosiforme du —, par AUDRY........... 1163
Cylindrome de la peau, par DALOUS..................... 469

D

Dégénération colloïde de la peau, par WHITE................. 799
Dermatite nodulaire nécrotique; tuberculide acnéiforme, par TÖRÖK..................... 783
— primulaire chronique, par BURI 649
Voir : *Herpétiforme* (*Dermatite*).
Dermatologie. Introduction à la —, par WALKER.......... 541

Dermatologie. La pratique dermatologique, par Besnier, Brocq et Jacquet........... 167
—, par Jarish.................. 175
—, par Mracek.............. . 541
—, par Neisser et Jadassohn.... 672
Dermatomycoses. Réaction de l'iode dans les —, par Sobel. 800
— Huile de térébenthine rectifiée dans les —, par Leven.. 800
Dermatoneurose hyperkératosique par traumatisme, par Lespinne.................... 918
Dermographisme, par Lespinne.. 940
— rouge et blanc, par Nicolski. 634
Diphthérique. Éruptions dues à l'antitoxine —, par Stanley. 814
Durillon rétro-malléolaire de la femme, par Belot.......... 885
Dystrophies diverses, par Barthélemy.................... 769

E

Ecchymoses spontanées dans la neurasthénie, par Mirallié. 821
Ecthyma ulcéreux de l'enfance, par A. Fournier et Milian... 516
Eczéma, par Bulkley.......... 861
— séborrhéique, par Bonne..... 95
— séborrhéique psoriasiforme, par Balzer et Lecornu..... 514
— marginé et herpès tonsurant des membres, par Neumann.. 923
— Dermite végétante consécutive à l' — chez des enfants, par Wende et Degroat.......... 801
— Érythrodermie post-eczémateuse et psoriasis, par Hallopeau et Bouchot............ . 46
— Étiologie et traitement, par Vrijheid.................. 801
Électricité statique dans le traitement des maladies de la peau, par Schiff............ 931
Éléphantiasis des Arabes des paupières, par Verbeck......... 801
— et tuberculose cutanée, par Hallopeau.................. 473
— d'origine lupique, par Kreibich 911
— syphilitique, par Mendès da Costa...................... 944
Éléphantiasis syphilitique et tuberculeux, par Danlos. 623, 699
— probablement syphilitique, par Balzer................ 151
Engelures mutilantes des vieillards, par Audry........... 772
Épiderme. Pénétrabilité physiologique de l' — par la lumière, par Freund................ 822
Épidermolyse bulleuse héréditaire, par Schmidt.......... 73
— bulleuse héréditaire, par Colombini..................... 281
— bulleuse héréditaire, par Morris........................ 897
— Forme dystrophique de l' — bulleuse héréditaire, par Bettmann.................. 282
Épidermotrophie. Érythrodermie congénitale, avec —, par Brocq...................... 1
Épithéliales. Tumeurs — bénignes de la peau, par Buxton. 73
Épithélioma calcifié opéré et récidivé, par Reverdin........ 897
Épithéliomateux. Nævi — disséminés, par Gassmann....... 815
Épithéliomes bénins multiples du cuir chevelu, par Dubreuilh et Auché.......... 545
— adénoïde kystique (Brooke) et son rapport avec l'adénome des glandes sébacées, par Pick..................... 802
— adénoïde kystique, par Wolters..................... 423
— développé sur le lupus, par Ashihara.................. 650
— développé sur le lupus, par Morestin.................. 811
— développé sur le lupus, par Morelle.................. 899
— Traitement de l' — cutané par les rayons Röntgen, par Bollaan...................... 425
— Traitement de l' — cutané par la résorcine et l'acide arsénieux, par Piccardi......... 74
Voir : *Ulcus rodens*, *Xeroderma pigmentosum*.
Érythème multiforme. Étude histologique de l' —, par Kreibich.................. 802

Érythème polymorphe. Lésions conjonctivales, par CHAILLOUS 899
— scarlatiniforme desquamatif, par MILLARD 74
— scarlatiniforme intermittent d'origine paludéenne, par BILLET 900
— strié, par PLONSKI 899
— toxique, par NEUMANN 914
— mycosique, par GASTOU 599
Érythème induré et tuberculose, par CARLE 900
— Nature de l' — des scrofuleux, par WHITFIELD 652
Érythrodermie exfoliante, par RAVOGLI 75
— congénitale ichthyosiforme avec hyper-épidermotrophie, par BROCQ 1
— généralisée post-eczémateuse et psoriasis, par HALLOPEAU et BOUCHOT 46
Esthiomène ano-recto-vulvaire, par AUDRY et DALOUS 1063
Excroissances épidermiques diffuses, par KOPYTOWSKI 646
Exfoliative. Dermatite — généralisée, par HOFFMANN 901
— Dermatite —, par FREEMAN 813
— Dermatite — généralisée aiguë de Wilson-Brocq, par BRUNSGAARD 803

F

Folliculaires. Traitement des affections —, par BRONSON 75
Folliculites nécrosantes généralisées, par DUBREUILH 1067
Frambœsia des tropiques et teigne imbriquée, par KOCH 653
Furoncle. Levure de bière dans le traitement des —, par PANICHI 76
— Traitement par le gaz oxygène, par THIRIAR 902

G

Gale. Empoisonnement par l'hydrogène sulfuré chez un galeux après l'emploi externe de la pommade de soufre et de potasse, par BURMEISTER 653
Gangrènes cutanées primitives et multiples, par CARLE 865
— cutanée hystérique, par BALZER et FAURE-BEAULIEU 1036
— cutanée chez un nouveau-né, par BRONSON 654
— foudroyante de la verge, par DANLOS 492
— Pathogénie des — symétriques des extrémités dans les infections pneumoniques, par DUFOUR 804
Glossite exfoliatrice marginée ambulante, par DE BEURMANN et RAMOND 738
Granulome annulaire, par RADCLIFFE CROCKER 805
— hyphomycétique de la peau, par SCHAMBERG 905
Granulose rouge du nez, par JADASSOHN 902
— nasale, par PINKUS 903

H

Hématolymphangiome kystique superficiel, par MANTEGAZZA 687
Herpès pneumonique au niveau d'un zona antécédent de la cuisse, par HALLOPEAU 666
— gestationis, par JONES 76
— gestationis, par LITTLE 806
— gestationis, par MORRIS 903
— tonsurant. Huile de térébenthine dans l' —, par LEVEN 800
— tonsurant des membres et eczéma marginé des membres inférieurs, par NEUMANN 923
Herpétiforme (Dermatite), pustuleuse (?) par LOTH 76
— pustuleuse, par WENDE et PEASE 77
—, par HOFFMANN 903
—, par DUFOUR 904
—, par LEREDDE 1114
— Hémo-diagnostic dans un cas de — fruste, par LEREDDE et PAUTRIER 527
— Symptômes nerveux et lymphocytose du liquide céphalorachidien, par MILIAN 1012

Hidradénomes, par GASSMANN... 815
Hydroa gestationis, par GALLOWAY... 805
Hyperchromie cutanée par MENDÈS DA COSTA... 660
Hyperépidermotrophie. Érythrodermie congénitale avec —, par BROCQ... 1
Hyperkératose circonscrite des doigts chez un syringomyélique, par AUDRY et DALOUS... 274
— par traumatisme, par LESPINNE 918
— d'origine arsenicale, par DARIER... 1121
Hypertrichose chez les aliénées, par DUPRÉ et DUFLOS... 806
Hyphomycose de la muqueuse buccale et des ongles, par WINTERNITZ... 904
— de la peau, par SCHAMBERG... 905
Hystérie. Alopécie aiguë, plique, par DUBREUILH... 364
— Gangrène cutanée, par BALZER et FAURE-BEAULIEU... 1036
— Œdème de la main et du bras, par RAYMOND et CESTAN... 816
— Maladie de Raynaud, par SOUQUES... 913

I

Ichthyose et hérédo-syphilis, par E. FOURNIER... 512
— Traitement, par BOCKHART... 654
Ichthyosiforme. Érythrodermie congénitale —, par BROCQ... 1
Impétigo bulleux, par GRINDON... 77
— Bactériologie de l' — bulleux, par ENGMAN... 78
— herpétiforme chez l'homme, par GUNSETT... 79
— Traitement de l' — vulgaire, par MENAHEM HODARA... 655
Inflammations de la peau. Influence des agents thermiques sur les —, par SCHÆFFER... 933
Iodures. Iododerme tubéreux fongoïde, par ROSENTHAL... 285
— Éruption polymorphe bulleuse, par BALZER et LECORNU... 271
Iodures. Iodisme grave, conjonctivite catarrhale intense, à bacilles de Weeks, par BALZER et FAURE-BEAULIEU... 1042
Ixodes ricinus, par JELGERSMA... 286

K

Kératodermie héréditaire et familiale, par AUDRY et LAGUERRE... 413
— symétrique des extrémités, par BRAULT... 1062
— accompagnant un pemphigus vulgaris, par MENDÈS DA COSTA 906
Kératomie héréditaire palmaire et plantaire, par VÖRNER... 283
Kératose folliculaire végétante, par HALLOPEAU et FOUQUET... 228
— folliculaire familiale et contagieuse, par GRAHAM LITTLE.. 807
— diffuse, par KOPYTOWSKI... 646
— Formation cornée atypique, par HERXHEIMER et HILDEBRAND... 424
— Hyperkératoses d'origine arsenicale, par DARIER... 1121
Kératosique. Dermatoneurose — par traumatisme, par LESPINNE... 918
— circonscrite des doigts chez un syringomyélique, par AUDRY et DALOUS... 274
Kerion Celsi, par MACLEOD... 939
Kraurosis de la vulve, par HOLLEMAN... 425
Kyste sudoripare, par ROLLESTON. 823
— épidermiques. Transformation plasmodiale des cellules du revêtement épithélial, par AUDRY... 380
— épidermiques du cuir chevelu, par DUBREUILH... 377

L

Langue. Condylomes acuminés, par HEIDINGSFELD... 94
— Lichen plan, par BALZER et FAURE-BEAULIEU... 1152
Voir : *Glossite*, *Leucoplasie*, *Psoriasis*, *Urticaire*.

Lèpre anesthésique guérie, par Douglas Montgomery........ 807
— anesthésique, par Mendès da Costa...................... 906
— Poussées aiguës avec localisations sous-cutanées nodulaires et lymphangitiques, par Hallopeau et Jomier.... 1132
— Courants d'émigration et expansion de la —, par Jeanselme 907
— américaine, par Forster..... 656
— d'origine martiniquaise, par Gaucher et Chiray.......... 1167
— chez une femme de l'Ardèche. Lésions oculaires, par Gayet. 655
— Prophylaxie familiale de la —, par Darier................ 43
— Traitement par l'arrhénal, par Brault................ 770
Leucémie lymphatique avec lésions de la peau, par Wende. 656
Leucémides, par Audry......... 310
Leucodermie et canitie, par Finger...................... 923
Leucoplasie buccale et cancer, par Chevassu.............. 778
— vulvaire, par Letulle........ 777
— Traitement de la — buccolinguale, par Bockhart..... 657
Leucotrichie annulaire, par Meachen.................. 816
Lichen plan annulaire, par Engman..................... 81
— ruber plan, par Pinkus. 908, 909
— ruber moniliforme, par Bukowsky................... 807
— ruber plan. Formes atrophiques et serpigineuses, par Zarubin.................. 778
— Vésicules dans le cours du — plan, par Allen........... 910
— Lésions bulleuses dans le — plan, par Whitfield........ 909
— Achromie limitrophe à des papules de — plan, par Hallopeau et Sourdille........ 1029
— Évolution d'un — plan circiné et sa plaque initiale, par Hallopeau et Ribot............ 609
— plan palmaire et plantaire, par Dubreuilh et Le Strat....... 208
— plan lingual, par Balzer et Faure-Beaulieu............. 1152
Lichen plan localisé à la lèvre inférieure, par Hallopeau et Fouquet.................... 500
— plan linéaire avec localisation spéciale, par Mendès da Costa...................... 907
— Échanges organiques dans un cas de — plan, par Radaeli. 80
— et lichénification, par Gastou et Vieira................... 392
— ruber et syphilis, par Kopytowski.................... 531
— Traitement du — plan par le mercure, par Lusk.......... 82
Lichen scrofulosorum, par Colombini..................... 82
Lumière. Perméabilité physiologique de l'épiderme à la —, par Freund................. 822
Lupus érythémateux, par Du Castel..................... 744
— par Ehrmann................ 910
— par Rosenthal............... 910
— de la face et angiodermite tuberculeuse des mains, par Leredde et Pautrier........ 233
— anormal, par Hallopeau et Bouchot..................... 226
— chez des frères et des sœurs, par Rona.................. 426
— Étude des rapports du — avec la tuberculose au moyen de la réaction de la tuberculine, par Pick.................... 808
— Traitement par les rayons Röntgen, par Wood......... 660
— État actuel de la question du traitement, par Leredde.... 1055
Lupus vulgaire pernio et angiokératome, par Leredde et Pautrier.................. 141
— Épithéliomes greffés sur —, par Ashihara............... 650
— Épithélioma et —, par Morelle...................... 899
— Épithélioma du pavillon de l'oreille développé sur une cicatrice de —, par Morestin...................... 811
— éléphantiasique, par Hallopeau...................... 473
— Éléphantiasis d'origine lupique, par Kreibich.......... 911

Lupus vaccinal, par LITTLE..... 93
— Cellules plasmatiques dans le —, par ALMKVIST........... 810
— Nature des corpuscules renfermés dans le tissu du —, par PELAGATTI............. 809
— Influence des rayons X sur le tissu lupique, par DOUTRELEPONT...................... 933
— Résultat du traitement du — par la méthode de Finsen et les rayons Röntgen, par MORRIS et DORE................ 822
— État actuel de la question du traitement du —, par LEREDDE..................... 1055
— Traitement par le permanganate de potasse, par HALLOPEAU................. 40, 486
— Traitement comparé par la photothérapie et d'autres méthodes, par DANLOS.......... 620
— Traitement par le radium et par d'autres procédés, par DANLOS.................... 723
— Traitement par le radium d'un — verruqueux, par HALLOPEAU et GADAUD................. 720
Voir : *Photothérapie.*
Lymphangiectasies consécutives à l'extirpation totale des ganglions inguinaux, par HELD.. 911
Lymphangiome circonscrit de la peau, par SCHNABEL....... 426
— circonscrit, par MEACHEN..... 811
— des membres, par WHITEHEAD...................... 812
— kystique superficiel, par MANTEGAZZA.................... 687
— et esthiomène ano-recto-vulvaire, par AUDRY et DALOUS.. 1063
Lymphosarcomes disséminés de la peau d'apparence nævique et chéloïdienne, par BIZARD et GASTOU................. 1002

M

Maladie d'Addison, par P. MARIE et GUILLAIN................ 914
Maladie de Darier, par HALLOPEAU et FOUQUET........... 228
Maladie de Paget, par STOWERS. 381
Maladie de la vulve, par DUBREUILH......... 812
Maladie de Raynaud, par VAN DER WYK................. 912
— par EHRMANN.............. 912
— Quelques particularités de la —, par BECK............... 804
—, tétanie, sclérodermie, par FOLET et SACQUÉPÉE......... 913
— de nature hystérique, guérie par la suggestion indirecte, par SOUQUES............... 913
— chez un aliéné, par COURTNEY. 83
Maladie de Recklinghausen.
Voir : *Neurofibromatose.*
Maladie des vagabonds, par P. MARIE et GUILLAIN........ 914
Maladie de Werlhoff, par GERSON. 928
Médicamenteuses (Éruptions —). Voir : *Antipyrine, Arsenic, Bromure, Diphthérique, Iodure, Mercure, Orthoforme, Phéniquée, Quinine, Salicylate de soude, Thallium.*
Mélanodermies d'origine biliaire, par GILBERT et LEREBOULLET. 925
— de cause incertaine, par P. MARIE et GUILLAIN............ 914
— et hyperkératoses d'origine arsenicale. Cancer arsenical, par DARIER................ 1121
Mercuriel. Nouvelle forme d'exanthème —, par LEVEN...... 658
Microsporie, par FRÉDÉRIC....... 779
— hambourgeoise, par MENDÈS DA COSTA................ 938
Microsporon Audouini. Petite épidémie à Strasbourg, par GUNSETT................... 779
— Audouini, variété équine, par BOSELLINI................... 84
— furfur. Culture sur milieu solide placentaire, par GASTOU et NICOLAU................ 414
Molluscum contagiosum en traînée linéaire, par HALLOPEAU et RUBENS DUVAL........... 727
— ulcérée, par CROCKER......... 937
Morphée, par BROCQ et CIVATTE. 402
— tubéreuse, par JACQUET et GUELLIOT.................. 513
Mycoses. Onychomycoses, par HALLOPEAU et FOUQUET.. 47, 502

Mycoses. Onychomycose, par WINTERNITZ.................. 904
— Hyphomycose de la muqueuse buccale et des ongles, par WINTERNITZ................ 904
— de la peau, par SCHAMBERG.... 905
Mycosis fungoïde, par DANLOS.. 155
—, par BOVERO.............. . 781
—, par BREAKEY............... 916
—, par DOUTRELEPONT.......... 916
—, par VOLLMER............... 659
— à évolution rapide, par DANLOS 1168
— et leucocytose lymphatique, par ALLGEYER............... 780
— Érythème permanent et néoplasies rémittentes, par GASTOU...................... 599
— Érythème prémycosique ou urticaire, par BALZER et LECORNU..................... 68
Myiase, par BALZER et SCHIMPFF. 792

N

Nævi kystépithéliomateux disséminés. Hidradénomes de JACQUET et DARIER, par GASSMANN...................... 815
— angiomateux de la face, par GAUCHER et TRÉMOLIÈRES..... 1168
— verruqueux vasculaire de la fesse en large plaque, par GAUCHER et LACAPÈRE....... 509
— verruqueux zoniforme du thorax et du membre supérieur droit, par GAUCHER et CROUZON................... 50
— Histogénèse des — mous, par JUDALEWITCH................ 814
Nécrologie, H. v. HEBRA........ 432
— JARISCH..................... 431
— KAPOSI..................... 177
Nerfs. Rapport entre le trajet et la distribution des — dans la peau la forme, la répartition et le groupement des dermatoses, par BLASCHKO........ 917
Nerveuse. Alopécie —, par BAYET. 422
Neurasthénie. Ecchymoses spontanées, par MIRALLIÉ........ 821
Neurofibromatose généralisée avec faux névromes du pneumogastrique, par MOYNIHAN. 84
Neurofibromatose avec prédominance des troubles pigmentaires et volumineuse tumeur profonde, par HALLOPEAU et RIBOT.............. 613
Neurose (Dermato-) hyperkératosique par traumatisme, par LESPINNE.................. 918

O

Œdème hystérique de la main et du bras, par RAYMOND et CESTAN.................... 816
Ongles. Maladies des —, par HELLER..................... 918
— dans la pelade, par AUDRY... 144
— Cœlonychie, par FRÈCHE...... 322
— Hyphomycose, par WINTERNITZ. 904
— Onychomycose, par HALLOPEAU et FAUQUET............. 47, 502
— Trichophytie, par MENDÈS DA COSTA..................... 938
— Paronyxis tuberculeuse, par DALOUS..................... 219
Ornithodorus Megnini dans l'oreille, par SIMPSON et WHEELER....................... 85
Orthoformiques. Éruptions —, par DUBREUILH............. 83
Ovarienne. Castration —, prurit, par SOTTAS................. 372
Oxygène gazeux dans le traitement du furoncle et de l'anthrax, par THIRIAR......... 902

P

Pæderus peræegrinus. Dermatose produite par le —, par VORDERMANN. 286
Paludéenne. Érythème scarlatiniforme d'origine —, par BILLET 900
Papillome de la commissure buccale, par BARBE............ 630
Papuleuse. Éruption — des aisselles, par FOX et FORDYCE... 820
— Éruption — du pénis, par PINKUS....................... 919
Parakeratosis variegata, par MACLEOD et FOX............. 79
— variegata, par MÉNEAU....... 315

Paraphénylène diamine. Accidents produits par une teinture pour cheveux à base de —, par LABORDE et MEILLÈRE 901
Parapsoriasis, par BROCQ. 313, 433
— ou parasyphilide séborrhéique, par GASTOU et NICOLAU 1155
Parasites animaux.
Voir : *Ankylostome, Ixode, Ornithodorus Pæderus, Vermineuse.*
Pâte séreuse de SCHLEICH. Dermothérapie homogène, par SCHARFF 937
Pelade, par SCHIFF 919
— généralisée, par GEBERT 920
—, par MOTY 503
— est-elle contagieuse? par CRUYL. 919
— familiale chez une névropathe, par DU CASTEL 730
— d'origine dentaire, par JACQUET 97, 181, 245, 616, 698
— de la moustache d'origine dentaire, par MILIAN 1000
— droite avec hémi-hyperesthésie névro-musculaire gauche, par JACQUET 728
— Troubles de la sensibilité au niveau des plaques, par MILIAN 1001
— vitiligineuse généralisée. Lésions des ongles, par AUDRY. 144
— Statistique, par HALLOPEAU ... 386
Pellagre, par BABÈS et LION 430
Pemphigus aigu, par KREIBICH .. 920
— chronique, par GROUVEN 286
— végétant, par DUBREUILH 85
— vulgaire avec kératodermie, par MENDÈS DA COSTA 906
— de l'œil, par PERGENS 860
— aigu des nouveau-nés, par HOGDSON 85
— des nouveau-nés, par RICHTER. 659
Phagédénisme serpigineux streptococcique, pär BIZARD, GASTOU et RIBON 1005
Phéniquée. Gangrène —, par SHELDEN 804
Phlébite nodulaire nécrosique, par PHILIPPSON 428
Phlycténose récidivante des extrémités, par CARLE 130
Photothérapie. Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. Les indications et les contre-indications de la —, par LEREDDE et PAUTRIER 329
— La technique de la — à Copenhague. L'appareil de Finsen-Reynen, par LEREDDE 1160
— Appareil employant l'arc au fer sans réfrigérants, par BROCA et CHATIN 349
— Appareil Lortet-Genoud (Résultat et réflexions), par GASTOU, BAUDOIN et CHATIN 327
— Emploi de l'adrénaline en —, par DE BEURMANN 743
— Malades traités par la — (appareil Foveau-Trouvé), par DU CASTEL 488
— Résultats du traitement du lupus et de l'ulcus rodens par la méthode de Finsen, par MORRIS et DORE 822
— Érythème tuberculiniforme chez une lupique traitée par la —, par AUDRY 411
Voir : *Lumière.*
Pian. Histologie pathologique, par MACLEOD 86
— dans les îles Oleassers, par NEEB 288
Piedra nostras observée en France, par VUILLEMIN. 665, 940
Pigmentaire. Éruption — progressive, par SCHAMBERG 87
— Hyperchromie cutanée, par MENDÈS DA COSTA 660
Pilaires. Radiothérapie dans les affections —, par GASTOU, VIEIRA et NICOLAU 707, 1021
Pityriasis rubra de Hebra, par KOPITOWSKI et WIELOWIESYKI. 818
— lichénoïde, par KREIBICH 922
— versicolore. Huile de térébenthine rectifiée dans le —, par LEVEN 800
Voir *Microsporon.*
Plasmazellen. Nouvelle coloration double, par PAPPENHEIM. 895
— Question des —, par PAPPENHEIM 895
Plique d'origine hystérique, par DUBREUILH 364

Poils. Mue des — chez l'homme, par VENEZIANI 921
Polisseurs. Dermatoses professionnelles des —, par HALL. 88, 817
Porokératose de Mibelli, par HARTTUNG 924
— par GALLOWAY 924
Primula. Dermatite produite par la —, par BURI 649
Prurigo simplex, par WARDE... 819
— Pathogénie, par BERNHARDT.. 819
— Traitement du — de Hebra, par DE BEURMANN 746
Prurit et dermatoses prurigineuses, par NEISSER 925
— consécutive à la castration ovarienne guéri par l'opothérapie, par SOTTAS 372
Psoriasis et érythrodermie, par HALLOPEAU et BOUCHOT...... 46
— de la muqueuse buccale et linguale, par SPEK 425
— palmaire et plantaire, par MILIAN 624, 701
— vulgaire de la paume de la main, par MENDÈS DA COSTA. 927
— consécutif à un choc émotif, par BALZER et FAURE-BEAULIEU 639
— Causes des formes humides du —, par BENASSI 89
— Urologie et pathogénie du —, par VERROTTI 927
— Traitement par le permanganate de potasse, par HALLOPEAU 518
Psoriasis (Para-), par BROCQ. 313, 433
— par GASTOU et NICOLAU 1155
Purpura métamérique, par ROGER 929
— Morbus maculosus Werlhoffii, par GERSON 928
— Modalités cliniques d'après leur formule sanguine, par LENOBLE 1097
— Traînées purpuriques correspondant à des traînées de grattage, par HALLOPEAU et RIBOT 613
— avec hémorrhagie dans les capsules surrénales, par GRAHAM LITTLE 820
— chronique de l'artériosclérose, par GAUCHER et LACAPÈRE 820
Purpura dans la tuberculose miliaire aiguë, par PRATT ... 90
Pyodermite serpigineuse linéaire, par DUBREUILH 785

Q

Quinique. Éruption —, par STELWAGON 658
— Éruption —, par WOOD 813
— Éruption —, par ROBEY 814

R

Radiothérapie, par OUDIN 54
— État actuel, par SCHIFF 929
— dans les affections pilaires et les tuberculoses cutanées, par GASTOU, VIEIRA et NICOLAU 1021
— Mesures exactes en —, par BÉCLÈRE 60, 1045
Radium. Traitement du lupus verruqueux par le —, par HALLOPEAU et GADAUD 720
— Traitement du lupus par le —, par DANLOS 723
Rayons de Röntgen dans le traitement des maladies de la peau, par PUSEY 92
— Emploi thérapeutique des —, par LANCASHIRE 821
— Traitement des maladies de la peau par les —, par GASSMANN 660
— Emploi des — en dermatologie, par GASTOU et VIEIRA... 702
— Traitement de l'acné par les —, par PUSEY 798
— Traitement de l'épithélioma cutané par les —, par BOLLAAN 425
— Emploi des — dans un cas d'ulcus rodens, par BROERS.. 934
— Résultats du traitement du lupus et de l'ulcus rodens par les —, par MORRIS et DORE... 822
— Traitement de l'ulcus rodens par les —, par PUGH 821

Rayons de Röntgen. Favus soumis aux — dépilation et repousse, par Gastou et Vieira.................... 600
— Affections pilaires traitées par les —, par Gastou et Nicolau 707
— Influence des — sur le tissu lupique, par Doutrelepont.. 933
— Dermatite et atrophie consécutive aux —, par Buschke.... 935
— Altération des mains provoquée par des travaux radiographiques prolongés, par Hallopeau et Gadaud....... 714
Rhinosclérome, par Jancky..... 90
—, par Harmer................. 935
— Pathologie, par Huber........ 661
— Pathologie, par Rona........ 661
— Recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales, par Mantegazza....... 782

S

Salicylate de soude. Dermatite, par Howard Morrow....... 814
Sarcoïde de la peau, par Gottheil....................... 935
— de Bœck, par Hallopeau et Eck. 985
Sarcome mélanique cutané, par Gaucher et Lacapère....... 509
— multiple idiopathique de la peau, par Koehler et Johnston......................... 662
— pigmentaire multiple, par Sequeira..................... 90
— Sérum de Coley et — cutané, par La Mensa............. 936
Sclérodermie, par Kreibich..... 936
— linéaire, par Pinkus.......... 662
— en plaques zoniforme, par Gaucher et Coyon.......... 663
— syringomyélique, par Brissaud...................... 663
— hypertrophique diffuse avec périarthrite coxo-fémorale et névrite sciatique, par Hirtz..................... 663
— Syndrome de Raynaud, tétanie et —, par Follet et Sacquépée......................... 913
— Urticaire factice dans la —, par Bettmann............... 664
Sclérodermie Histologie de la — circonscrite, par Zarubin.... 91
Sébacées. Glandes — dans la muqueuse buccale et labiale, par Zander................. 658
Séborrhée. Microbacille de la —, par Schamberg............. 823
— Lésions de la — et en particulier de la séborrhée sénile, par Audry et Dalous... 368
Séborrhéide végétante, par Hallopeau et Fouquet.......... 228
Séborrhéique. Eczéma —, par Bonne...................... 95
— Eczéma — psoriasiforme, par Balzer et Lecornu.......... 514
Service de dermatologie, syphiligraphie et d'urologie de l'hôpital Saint-Pierre, par Bayet. 861
Sexuelle. Pathologie et traitement de la fonction —, par Taylor................. 862
Smegma. Contenu bactérien du — et pouvoir bactéricide de la muqueuse préputiale, par Cao 837
Squameuses. Dermatoses — anormales, par Caselli.......... 88
Staphylococcie blanche ascendante, par Hallopeau... 359, 518
Sudoripares. Immunité des glandes — pour les cocci pyogènes, par Finger........... 427
Syringomyélie. Hyperkératose circonscrite des doigts, par — 274
— Sclérodermie, par Brissaud... 663
Sycosis non parasitaire traité par des scarifications combinées à l'application de topiques antiseptiques humides, par Dumont..... 1159

T

Teigne à l'hôpital de Gand, par Minne..................... 939
— tondante à petites spores avec efflorescences cutanées, par Danlos..................... 623
— imbriquée et frambœsia des tropiques, par Koch........ 653
— Histologie, par Sabouraud.... 1139
— Traitement de la — tondante, par Stelwagon............. 665

Teinture pour cheveux à base de paraphénylène diamine. Toxicité et forme des accidents, par LABORDE et MEILLÈRE.... 901
Télangiectasies acquises généralisées, par LEVI et DELHERM. 91
— généralisées consécutives à la castration chez une femme de 28 ans, par GAUCHER et CROUZON 52
Térébenthine (Huile de) dans les dermatomycoses, par LEVEN. 800
Thallium. Alopécie produite par l'acétate de —, par BUSCHKE. 933
Thiosinamine, par NEISSER...... 938
Traumatisme. Dermatoneurose hyperkératosique par —, par LESPINNE 918
Trichophytie, par PERNET....... 939
— des membres et érythème marginé, par NEUMANN.......... 923
— des ongles, par MENDÈS DA COSTA..................... 938
— palpébrale, par HALLOPEAU... 1138
— des oiseaux, par MACLEOD.... 939
— Kerion Celsi, par MACLEOD.... 939
— Histologie, par SABOURAUD.... 1139
— Huile de térébenthine dans la —, par LEVEN.............. 800
Trichophytons. Matière colorante, par TRUFFI.................. 939
Trichorrexie noueuse et son étiologie, par DEKEYSER...... 940
— Contagiosité, par SABOURAUD. 1139
Trichosporie (Piedra nostras) observée en France, par VUILLEMIN............... 663, 910
Tuberculeuse. Chéloïde —, par MENDÈS DA COSTA............ 896
— Paronyxis — d'inoculation, par DALOUS...................... 219
— Ulcérations — multiples dans des cicatrices chirurgicales, par HALLOPEAU et SOURDILLE. 1034
— Ulcération — des petites lèvres, par HALLOPEAU et RIBOT. 611
— Ulcérations nasales probablement —, par HALLOPEAU et GADAUD..................... 728
Tuberculide, par PHILIPPSON.... 428
— acnéiforme, par TÖRÖK....... 783
— familiales, par LEREDDE et PAUTRIER.................. 141
Tuberculide des mains et des pieds, par MOTY............ 754
— des organes génitaux, par DU CASTEL..................... 71
— Histologie pathologique, par MACLEOD et ORMSBY......... 824
Tuberculose cutanée par inoculation de tuberculose bovine, par RAVENEL.......... 825
— en foyers multiples avec alopécie peladiforme tuberculisée secondairement, par DANLOS................... 156
— papillomateuse périanale, par LEREDDE et PAUTRIER........ 525
— du prépuce consécutive à la circoncision rituelle, par BERNHARDT................. 783
— Radiothérapie dans les —, par GASTOU, VIEIRA et NICOULAU....................... 1021
Tumeurs épithéliales bénignes de la peau, par BUXTON........ 73

U

Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs, par DU CASTEL.................... 32
Ulcéreuse. Néoplasie — de la région inguinale, par BESNIER et HALLOPEAU........... 233, 777
Ulcus rodens, par SEQUEIRA..... 897
— ou syphilis, par TELGER...... 898
— Diagnostic clinique et histologique, par DUBREUILH et AUCHÉ.................... 318
— Traitement par les rayons de Rœntgen, par PUGH......... 821
— Résultats du traitement de l' — par la méthode de Finsen et les rayons Rœntgen, par MORRIS et DORE............ 822
— Emploi des rayons X dans un cas d' —, par BROERS....... 934
Urticaire persistante localisée à la face ou érythrodermie prémycosique, par BALZER et LECORNU................... 68
— bulleuse de la cavité buccale, par SPILLMANN............. 632
— des voies respiratoires, par SOMERS................... 784

Urticaire factice dans la sclérodermie, par BETTMANN. 664
— pigmentaire, par RAAB....... 825

V

Vaccine généralisée, par HEIDINGSFELD.................. 826
— Dermatites bulleuses à la suite de —, par BOWEN........... 93
— Éruptions bulleuses consécutives à la —, par SEQUEIRA. 941
— Éruptions post-vaccinales, par FREEMANN.................. 941
— Lupus vaccinal, par LITTLE... 93
Varicelle intra-utérine, par GRINDON...................... 94
Varicelliforme. Bacterium coli dans une dermatose — infantile, par MANTEGAZZA........ 75
Végétante. Dermite — consécutive à l'eczéma chez les enfants, par WENDE et DEGROAT. 801
Vénériennes. Où se prennent les maladies —, par AUDRY..... 273
— Maladies — à New-York, par MORROW................. 835
— Prophylaxie des maladies —. 843
— Statistique des maladies vénériennes.................. 857
Vermineuses. Dermatoses — superficielles, par BALZER et SCHIMPFF.................. 792
Verrucome de Carrion. Anatomie pathologique, par ESCOMEL.. 961
Verrues planes, par SEQUEIRA... 942
— de la langue, par HEIDINGSFELD. 94
— familiales héréditaires avec dyskératoses systématisées, disséminées et à répétitions, par EMERY, GASTOU et NICOLAU 1014
Vitiligo et syphilis, par P. MARIE et CROUZON................ 996
— et tabes, par BALLET et BAUER. 826
— Étiologie, par GAUCHER....... 1113
Vulve. Voir : *Leucoplasie.*

X

Xanthome, par VELER........... 942
— diabétique, par ABRAHAMS.... 827
— diabétique, par BOSELLINI.... 827
— à type diabétique, par SEQUEIRA 942
Xeroderma pigmentosum, par DU CASTEL................. 1128
— Tumeurs dans le —, par KREIBICH..................... 828
— Un cas de — avec épithélioma de la face, par DUFOUR...... 942
— Altérations oculaires, par MONTHUS.................. 673

Z

Zona thoracique à disposition métamérique, par DOPTER... 668
— métamérique, infection par un leptothrix, par FOLLET et SACQUÉPÉE............... 943
— dans le tétanos, par MASTRI. 669
— pneumonique, par TALAMON.. 668
— d'origine arsenicale, par BLASCHKO.................. 943
— traumatique par contusion ou lésion cutanée superficielle, par GAUCHER et BERNARD.... 666
— récidivant, par HIRTZ et SALOMON.................. 943
— Rapport entre le — et les inflammations des séreuses, par CURTIN................ 829
— Herpès pneumonique au niveau d'un ancien —, par HALLOPEAU................ 666
— Examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien dans le —, par ACHARD et LŒPER. 667
— Liquide céphalo-rachidien dans le —, par ACHARD, LŒPER et LAUBRY.................. 669
— Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du —, par BRISSAUD et SICARD...... 667
Zostériforme. Éruption — chez un tuberculeux, par LAIGNEL-LAVASTINE................ 666

SYPHILIS

Généralités. Étiologie. Évolution.

Syphilis comme maladie non vénérienne, par BULKLEY...... 158
Syphilis d'origine professionnelle, par HALLOPEAU....... 1130

Réinfection syphilique, par MARSHALL 158
Pathogénie des affections dites parasyphilitiques, par LEREDDE 145
Affections dites parasyphilitiques, par LEREDDE 305
Deutéropathies syphilitiques, par HALLOPEAU 1136
Syphilis maligne et syphilis grave, par LOCHTE 532

Chancres syphilitiques.

Exactitude de la notion « syphilis primaire » considérée comme affection purement locale, par REISS 531
Chancres successifs, par GAUCHER et LACAPÈRE 135
Forme rare de chancre lingual, par DANLOS 154
Chancre destructif de la lèvre inférieure, par HALLOPEAU et RUBENS DUVAL 605

Syphilides. Gommes.

Syphilides ortiées, par KLOTZ... 158
Syphilides psoriasiformes, par GASTOU et NICOLAU 761
Syphilide rappelant le lichen ruber, par KOPYTOWSKI 531
Histologie de la syphilide miliaire en corymbes, par WHITFIELD. 160
Syphilide pigmentaire du cou et de la poitrine, par BALZER et BARCET 830
Syphilides post-grippales simulant la staphylococcie cutanée acnéiforme, par GASTOU et VIEIRA 602
Éléphantiasis syphilitique ou syphilome hypertrophique diffus du scrotum et de la verge, par A. FOURNIER et MILIAN 517
Éléphantiasis syphilitique et tuberculeuse de la jambe, par DANLOS 623, 699
Éléphantiasis du pied droit probablement syphilitique, par BALZER 751
Tubercules et éléphantiasis syphilitiques, par MENDÈS DA COSTA 944
Syphilide cutanée, fibromatose cicatricielle consécutive, par CAMPANA 159
Syphilide tuberculeuse circinée de la région péribuccale, par BALZER et FAURE-BEAULIEU... 1151
Rupia syphilitique, par HALLOPEAU et SOURDILLE 1031
Syphilides tertiaires tuberculo-ulcéreuses avec formation de bulles, par HALLOPEAU et SOURDILLE 1031
Syphilide tertiaire linéaire, par HELLER 830
Gommes nodulaires multiples de la paume de la main, par GALLOIS 160
Syphilides ulcéro-gommeuses, par VERCHÈRE et BERNHEIM... 1141
Ulcus rodens ou syphilis, par TELGER 898
Corne syphilitique de la moustache, par AUDRY et CONSTANTIN 774
Pseudo-myxœdème syphilitique précoce, par FAISANS et AUDISTÈRE 834

Syphilis des articulations.

Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce, par GRANDMAISON et BOIDIN 831
Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire, par FOURNIER et CROUZON 268
Ténosites du poignet au cours d'une syphilis secondaire, par FOURNIER et CROUZON 266

Syphilis des vaisseaux. Altérations du sang. Troubles de la nutrition.

Syphilis aortique; dilatation du vaisseau; rupture valvulaire probable, par LAUNOIS et CAMUS 831
Thrombophlébite nodulaire syphilitique, par BLASCHKO 944

Phlébite syphilitique de la poplitée, par AUDRY et CONSTANTIN. 637
Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines, par FERRAS.................... 946
Examen du sang des syphilitiques surtout en ce qui concerne la proportion du fer, par OPPENHEIM et LŒWENBACK. 945
Trois cas douteux de syphilis éclairés par l'examen hématologique, par VERROTTI..... 945
Anémie des syphilitiques et urobilinurie, par SAMBERGER.... 161

Syphilis de la bouche, du pharynx et du nez.

Syphilis ignorée avec lésions profondes et étendues de la face, des cavités nasales et du voile du palais, par FOURNIER et PARIS............... 264
Syphilides tuberculo-ulcéreuses de la voûte palatine et de la joue, par HALLOPEAU et ECK. 1130

Syphilis de l'appareil urinaire et des organes génitaux.

Ulcération syphilitique de la vessie, par HINDER............ 162
Syphilome hypertrophique diffus du scrotum et de la verge, par FOURNIER et MILIAN...... 517
Orchite scléro-gommeuse avec fongus guéri, par FOURNIER et MILIAN.................... 517

Syphilis du système nerveux.

Rareté des accidents nerveux chez les Arabes syphilitiques, par SCHERB................ 833
Paralysie faciale syphilitique précoce, par BALZER et FAURE-BEAULIEU................... 643
Gomme syphilitique du lobe frontal avec attaques d'épilepsie jacksonnienne, par DIEULAFOY.................... 947
Paralysie inférieure alterne chez un syphilitique, par RAYMOND...................... 947
Syndrome de Weber d'origine syphilitique, autopsie, par THOMAS.................... 832
Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale, par BRISSAUD et PÉCHIN............. 946
Syphilis du cervelet, par PROKSCH. 161
Symptomatologie de la paraplégie spasmodique syphilitique, par MARIE................. 947
Griffe pied creux dans la méningomyélite syphilitique, par LION..................... 832
Lésions méningées de la paralysie générale, du tabes, et de la myélite syphilitique, par NAGEOTTE.............. 832
Étiologie du tabes d'après un millier d'observations, par A. FOURNIER.............. 950
Rapport entre le tabes et les cures mercurielles, par NEISSER...................... 949
Tabes commençant chez un syphilitique, par NEUMANN........ 949
Gommes syphilitiques au cours du tabes, par GASNE........ 535
Tabes précédé par une hémiplégie et présentant des manifestations cutanées syphilitiques actuelles, par MARIE. 950
Hémiplégie protubérantielle au cours du tabes, par TOUCHE. 952
Guérison d'un cas de tabes par des injections de calomel, par LEREDDE 238
Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis et certaines maladies nerveuses, par DUFOUR......... 951
Abolition des réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis, par BABINSKI et CHARPENTIER................... 534
Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien, par SCHACHMANN..................... 833
Inconvénients du traitement mer-

curiel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique, par BRISSAUD et MARIE. 948
Méthode de Prohkorow dans le traitement des encéphalopathies et des myélopathies graves syphilitiques anciennes, par SCHERB......... 948
Polynévrite mercurielle ou syphilitique, par STRAUSS......... 533

Syphilis des organes des sens.

Graves accidents produits par l'iodure de potassium dans les manifestations oculaires de la syphilis, par ABADIE... 1052
Maladie de Ménière au cours de la syphilis, par BALZER...... 748
Othématome syphilitique, par ZEISLER.................... 162

Associations pathologiques de la syphilis.

Blastomycose et syphilis, par ANTHONY.................. 162
Syphilis et diabète insipide, par GAUCHER et LACAPÈRE........ 355
Aspect psoriasiforme des syphilides développées chez un psoriasique, par AUDRY..... 407
Syphilis, vitiligo, par P. MARIE et CROUZON.................. 996

Syphilis héréditaire.

Syphilis héréditaire, par SEQUEIRA.................... 952
Une famille d'hérédo-syphilitiques, par GAUCHER et BABONNEIX........................ 626
Hérédo-syphilis mutilante tardive de la face, par AUDRY et BAUBY.................. 409
Radiographie d'os d'enfants syphilitiques, par HOCHSINGER. 952
Méningite aiguë à pneumocoques chez une hérédo-syphilitique, par GUINON............... 834
Lésions du rein et du poumon dans la syphilis héréditaire, par KATZ et DURANTE....... 953
Bec-de-lièvre chez un hérédo-syphilitique et syphilides secondaires, par BAUDOUIN.... 625
Atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde dentition, par HALLOPEAU et FOURNIER.. 419
Hérédo-syphilis sans lésion dentaire, par DANLOS........... 155
Langue scrotale chez une hérédo-syphilitique, par GAUCHER et MILIAN..................... 1144
Dystrophies multiples, syphilis héréditaire à la seconde génération, par HALLOPEAU et E. FOURNIER................ 500
Hérédo-syphilis et ichthyose, par E. FOURNIER............... 512

Traitement. Accidents produits par le mercure et l'iodure.

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, par MARMONIER.. 862
Mercure et syphilis, par BARTHÉLEMY...................... 1118
Lactate de mercure dans le traitement de la syphilis, par GAUCHER, LEXTRAIT et GANDILLON..................... 954
Combinaisons organiques du mercure susceptibles d'emploi dans le traitement de la syphilis, par DANLOS........ 955
Traitement intense et précoce de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé, par TOMMASOLI....... 1073
Injections de biiodure de mercure dans le traitement de la syphilis, par BARTHÉLEMY, LAFAY et LÉVY-BING.... 519, 700
Valeur thérapeutique des composés mercuriels solubles en injections, par DANLOS...... 994
Recherches expérimentales sur l'absorption du mercure à la suite des frictions, par JULIUSBERG.................... 163
Absorption du mercure par la peau, par EHRMANN.......... 954
Traitement de la syphilis par l'iodipin, par GROUVEN....... 163

Traitemenl de la syphilis par les injections d'iodipin, par Möller.................... 164
Iodure de potassium (iodure de sodium), iodalbacid et iodipin, par Welander......... 164
Traitement de la syphilis par la teinture d'iode, par Richter. 954
Traitement de la syphilis pendant la grossesse, par Gaucher et Bernard............ 536
Traitement des femmes syphilitiques, par Riehl........... 953
Traitement local des syphilides ulcéreuses par l'application permanente de solution de sublimé, par Hallopeau..... 1129
Traitement mercuriel du tabes, par Bockhart............... 535
Importance et valeur pratique du traitement de la syphilis dans les stations climatiques, par Morgenstern........... 165
Altérations observées dans les muscles consécutivement aux injections de calomel, par Allgeyer.................. 165
Accidents dus aux injections de cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis, par Barthélemy et Lévy-Bing....................... 755
Lésions des tissus consécutives à l'injection de sels insolubles de mercure, par Chotzen.................... 955
Sur la présence du mercure dans la salive, par Oppenheim.... 163
Cas d'intoxication mercurielle grave, par Lesser........... 956

Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.